

# DURÉES RACCOURCIES EN ANTIBIOTHÉRAPIE

---

Rémi VATAN,

*Service de médecine interne et maladies infectieuses, CH St BRIEUC*



Journée d'infectiologie des Côtes d'Armor, 5 décembre 2025

**Pas de conflit d'intérêt**

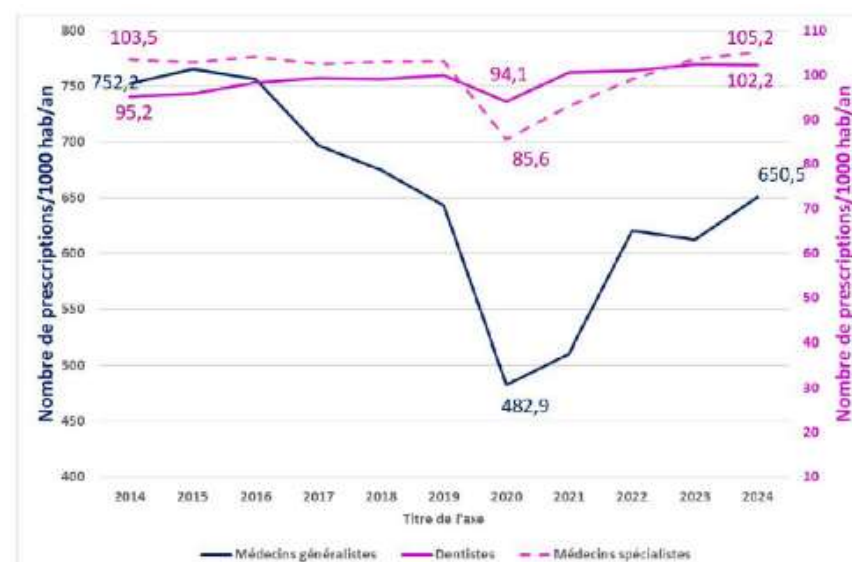
## Pourquoi raccourcir les durées d'antibiothérapie ?

- **Moins de consommation d'antibiotiques**
- Réduction de la sélection de résistances
- Diminution de l'impact sur le microbiote
- Moindre iatrogénie (*C. difficile*, effets indésirables)
- Adhérence améliorée et coûts moindres
- Preuves croissantes en faveur de durées courtes pour infections non compliquées

# Evolution consommation ATB



Évolution des consommations et des prescriptions d'antibiotiques entre 2014 et 2024 en France (SpF)



Prescriptions d'antibiotiques selon la spécialité du prescripteur entre 2014 et 2024 (SpF)

**Table 2. Total consumption (community and hospital sectors combined) of antibacterials for systemic use (ATC group J01), (expressed as DDD per 1 000 inhabitants per day), with related EU AMC target framework, EU/EEA countries, 2019–2024**

Country	2020	2021	2022	2023	2024	Trend 2020–2024	2030 EU AMC target <sup>a</sup>				
							Baseline 2019	Target 2030	Recommended reduction (%) 2019–2030	Observed change (%) 2019–2024	
Austria	8.8	8.8	10.5	11.3	11.8		↑	11.6	11.2	-3%	+2%
Belgium	16.7	17.4	20.5	20.6	20.6		↑	21.4	17.5	-18%	-4%
Bulgaria	24.0	25.9	27.1	26.3	23.4			21.7	17	-18%	+8%
Croatia	15.7	18.2	20.2	21.2	22.0		↑	18.8	17.1	-9%	+17%
Cyprus	28.9	25.0	33.5		23.5		NA	30.1	22.0	-27%	-22%
Czechia <sup>b</sup>	13.4	13.7	17.1	18.1	19.0		NA	16.9	15.4	-9%	+12%
Denmark <sup>c</sup>	14.3	14.4	15.2	16.2	16.1		NA	15.3	13.9	-9%	+5%
Estonia	10.5	10.1	12.4	12.7	13.0		↑	11.8	11.4	-3%	+10%
Finland	11.9	11.3	12.5	12.9	13.7		↑	14.7	13.4	-9%	-7%
France	20.3	21.5	24.3	24.1	26.5		↑	25.1	18.3	-27%	+6%
Germany				13.3	13.8		NA		11.5	-9%	NA
Greece <sup>b</sup>	28.1	23.5	32.9	28.5	29.9		NA	34.1	24.9	-27%	-12%
Hungary	11.2	11.9	14.4	14.2	13.7			14.4	13.1	-9%	-5%
Iceland	16.5	16.8	18.6	18.5	19.6		↑	19.3	NA		+2%
Ireland	18.6	17.8	23.1	22.4	23.0			22.8	16.6	-27%	+1%
Italy	18.4	17.5	21.9	23.1	22.3			21.7	17.8	-18%	+3%
Latvia	11.9	11.6	14.9	14.9	15.4		↑	13.9	12.6	-9%	+11%
Lithuania	14.2	14.1	18.5	18.7	19.7		↑	16.3	14.7	-9%	+21%
Luxembourg	16.1	15.9	19.1	20.2	21.6		↑	21.1	17.3	-18%	+2%
Malta	16.6	15.8	24.0	22.9	24.8			20.7	17.0	-18%	+20%
Netherlands	8.5	8.3	9.1	9.6	9.8		↑	9.5	9.2	-3%	+4%
Norway	13.9	14.0	15.3	15.5	16.1		↑	14.9	NA		+8%
Poland	18.5	20.6	24.1	23.2	22.6			23.6	17.2	-27%	-4%
Portugal	15.2	15.3	18.8	19.7	20.8		↑	19.3	17.6	-9%	+8%
Romania	25.2	25.7	27.6	27.4	25.2			25.8	18.8	-27%	-2%
Slovakia	14.4	16.0	20.8	20.1	20.4			19.3	17.6	-9%	+5%
Slovenia	10.2	10.2	12.4	13.4	14.4		↑	13.0	11.8	-9%	+11%
Spain	19.7	20.0	23.2	24.1	24.2		↑	24.9	18.2	-27%	-3%
Sweden <sup>c</sup>	10.3	10.1	11.2				NA	11.8	11.4	-3%	NA
EU/EEA <sup>d</sup>	16.4	16.4	19.4	20.1	20.2		↑	19.8		NA	
EU <sup>e</sup>	16.4	16.5	19.4	20.1	20.3		↑	19.9	15.9	-20%	+2%

**Table 4. Community consumption of antibacterials for systemic use (ATC group J01), EU and EEA countries, 2020–2024 (expressed as DDD per 1 000 inhabitants per day)**

Country	2020	2021	2022	2023	2024	Trend 2020–2024	
Austria	7.1	7.2	8.8	9.5	10.0		↑
Belgium	15.3	16.0	19.0	19.1	19.0		↑
Bulgaria	22.0	23.7	25.5	24.6	21.4		
Croatia	14.0	16.2	18.2	19.1	19.8		↑
Cyprus					22.0		NA
Czechia		10.9	13.9	15.0	16.5		NA
Denmark <sup>a</sup>	12.5	12.6	13.3	14.3	14.4		NA
Estonia	8.8	8.7	10.8	11.2	11.3		↑
Finland	10.0	9.4	10.5	11.1	11.9		↑
France	18.7	19.9	22.6	22.3	24.7		↑
Germany	8.9	8.1	10.0	11.7	12.1		↑
Greece <sup>b</sup>	26.4	21.8	31.2	26.7	27.8		NA
Hungary	10.0	10.8	13.4	13.1	12.7		
Iceland	15.4	15.7	17.5	17.4	18.4		↑
Ireland	17.1	16.3	21.5	20.7	21.1		
Italy	16.5	16.0	20.0	21.2	20.4		
Latvia	10.0	10.2	13.4	13.3	13.7		↑
Lithuania	11.9	12.1	16.2	16.3	17.4		↑
Luxembourg	14.8	14.6	17.6	18.7	20.1		↑
Malta	14.4	14.1	21.7	20.9	22.6		↑
Netherlands	7.8	7.6	8.3	8.8	9.0		↑
Norway	12.8	12.8	14.0	14.2	14.8		↑
Poland	17.1	19.2	22.7	21.8	21.2		
Portugal	13.7	13.7	17.1	18.0	19.0		↑
Romania	23.7	24.3	26.2	25.8	23.5		
Slovakia	13.2	14.5	19.7	19.0	19.3		
Slovenia	8.8	8.7	11.0	11.9	12.8		↑
Spain	18.2	18.5	21.7	22.5	22.7		↑
Sweden <sup>a</sup>	8.9	8.7	9.6				NA
EU/EEA <sup>c</sup>	15.0	15.2	18.1	18.5	18.8		↑

Suggested citation: European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrobial consumption in the EU/EEA (ESAC-Net) - Annual Epidemiological Report for 2024. Stockholm: ECDC; 2025.

# Evolution consommation ATB, EU et France

**Table 6.** Hospital sector consumption of antibacterials for systemic use (ATC group J01), EU/EEA countries, 2020–2024 (expressed as DDD per 1 000 inhabitants per day)

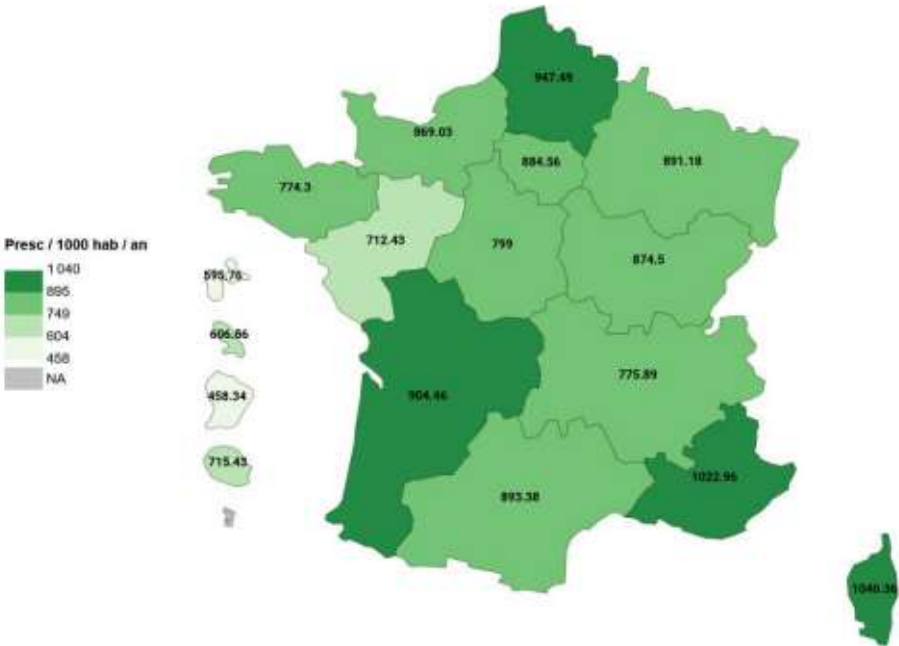
France	1.64	1.69	1.75	1.72	1.79		↑
Germany				1.65	1.73		NA
Netherlands	0.76	0.70	0.75	0.77	0.79		
EU/EEA <sup>c</sup>	1.59	1.55	1.61	1.66	1.67		

**Table 7.** Percentage (%) of glycopeptides, third- and fourth-generation cephalosporins, monobactams, carbapenems, fluoroquinolones, polymyxins, piperacillin and enzyme inhibitor, linezolid, tedizolid and daptomycin out of total hospital sector consumption (DDD per 1 000 inhabitants per day) of antibacterials for systemic use, EU/EEA countries, 2020–2024

France	32.4	33.4	36.3	32.1	32.4		
Germany				39.6	38.9		NA
Netherlands	26.8	28.7	27.4	26.8	27.5		
EU/EEA <sup>c</sup>	38.2	41.1	40.5	39.6	39.6		

Suggested citation: European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrobial consumption in the EU/EEA (ESAC-Net) - Annual Epidemiological Report for 2024. Stockholm: ECDC; 2025.

**Carte 2.** Prescription d'antibiotiques par région en 2024



# Données consommation antibiotiques en France

- 92 % de la consommation annuelle hors établissements de santé
- Infections respiratoires (hautes et basses) : 2/3 des prescriptions
- Infections cutanées : 15% des prescriptions

Rapport ANSM, consommations antibiotiques 2000-2015



# Zéro antibiotique

## Infection virale : comment vous soigner ?

**LES ANTIBIOTIQUES**  
bien se soigner, c'est d'abord  
bien les utiliser

DATE : ..... / ..... / .....






NOM DU PATIENT : .....

CACHET MÉDECIN

### Pourquoi n'avez-vous pas besoin d'un antibiotique aujourd'hui ?

Le rhume (rhinopharyngite), la grippe, la bronchite aiguë et la plupart des otites et des angines sont de nature virale et guérissent donc sans antibiotiques.

Avec ou sans antibiotiques, vous ne guérez pas plus vite. Le tableau ci-dessous vous indique la durée habituelle des symptômes de ces maladies (avec ou sans antibiotiques).

<input checked="" type="checkbox"/>	MALADIE	DURÉE HABITUELLE DES PRINCIPAUX SYMPTÔMES
<input type="checkbox"/>	 <b>RHINOPHARYNGITE (RHUME)</b> • Toujours virale.	• Fièvre : 2-3 jours. • Nez qui coule (sécrétions de couleur blanche, jaune ou verte), nez bouché : 7-12 jours. • Toux : 1 à 3 semaines.
<input type="checkbox"/>	 <b>GRIPPE</b> • Infection virale.	• Fièvre, courbatures : 2-4 jours. • Toux : 2-3 semaines. • Fatigue : plusieurs semaines.
<input type="checkbox"/>	 <b>ANGINE VIRALE</b> • Test diagnostique rapide de recherche de streptocoque négatif.	• Fièvre : 2-3 jours. • Mal à la gorge : 7 jours.
<input type="checkbox"/>	 <b>BRONCHITE AIGÜE</b> • Quasiment toujours virale. • Les toux grasses avec des sécrétions jaunes ou verdâtres font partie de l'évolution naturelle de la maladie.	• Fièvre : 2-3 jours. • Toux : 2-3 semaines.
<input type="checkbox"/>	 <b>OTITE AIGÜE</b> • Après l'âge de 2 ans, guérit le plus souvent sans antibiotiques.	• Fièvre, douleur : 3-4 jours.

#### CE QUE VOUS POUVEZ FAIRE POUR SOULAGER VOS SYMPTÔMES

- Buvez suffisamment : vous ne devez pas avoir soif.
- Adaptez votre activité physique, cela aide votre corps à guérir.
- Il existe des médicaments contre la fièvre ou la douleur. Suivez la prescription de votre médecin ou demandez conseil à votre pharmacien.

Si vous avez de la fièvre (température > 38,5°C) durant plus de 3 jours, ou si d'autres symptômes apparaissent, ou que votre état de santé ne s'améliore pas, vous devez reconsulter votre médecin.

### Pourquoi faut-il prendre un antibiotique seulement quand c'est nécessaire ?

- Les antibiotiques peuvent être responsables d'effets indésirables, comme les allergies ou la diarrhée.
- Les bactéries peuvent s'adapter et survivre en présence d'antibiotiques. Ainsi, plus vous prenez des antibiotiques, plus les bactéries présentes dans votre corps (peau, intestin) risquent de devenir résistantes.
- Les bactéries résistantes aux antibiotiques peuvent être la cause d'infections difficiles à guérir, et vous pouvez aussi les transmettre à vos proches.

En prenant un antibiotique uniquement lorsque c'est indispensable, vous contribuez à prévenir l'apparition de bactéries résistantes aux antibiotiques.

 Ce document est adapté à votre cas. Ne le donnez pas à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques. Plus d'informations sur Antibio'Malin.fr



## Pourquoi raccourcir les durées d'antibiothérapie ?

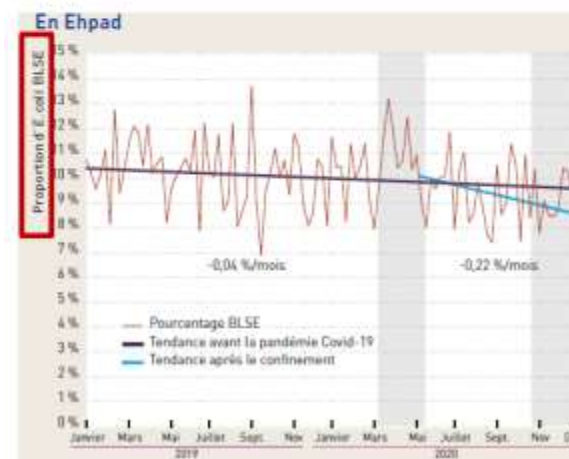
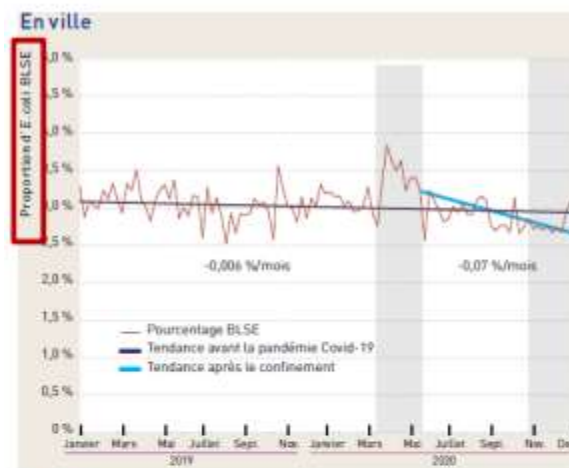
- Moins de consommation d'antibiotiques
- Réduction de la sélection de résistances
- Diminution de l'impact sur le microbiote
- Moindre iatrogénie (*C. difficile*, effets indésirables)
- Adhérence améliorée et coûts moindres
- Preuves croissantes en faveur de durées courtes pour infections non compliquées

# Relation prescriptions/résistance bactérienne

Nombre de prescriptions d'antibiotiques en secteur de ville  
pour 1000 habitants par an.

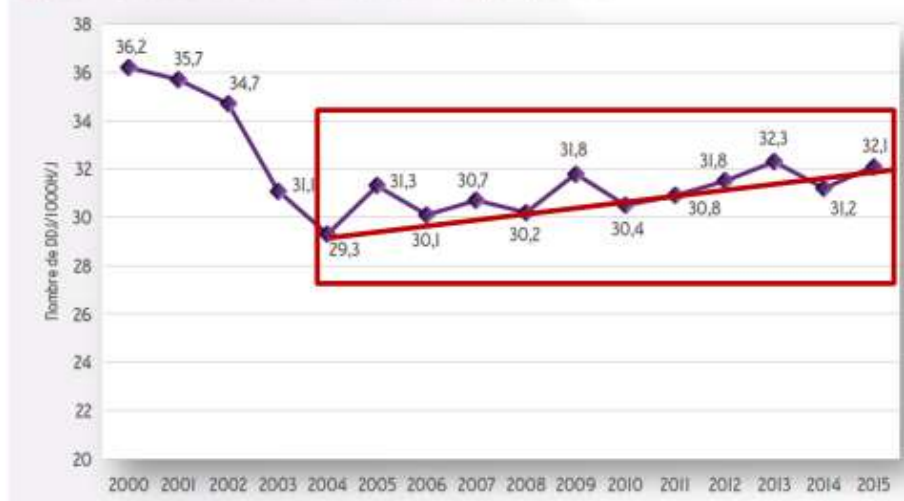
France, 2010-2020

■ ■ ■ Tendence 2010-2019 et niveau théorique attendu pour 2020

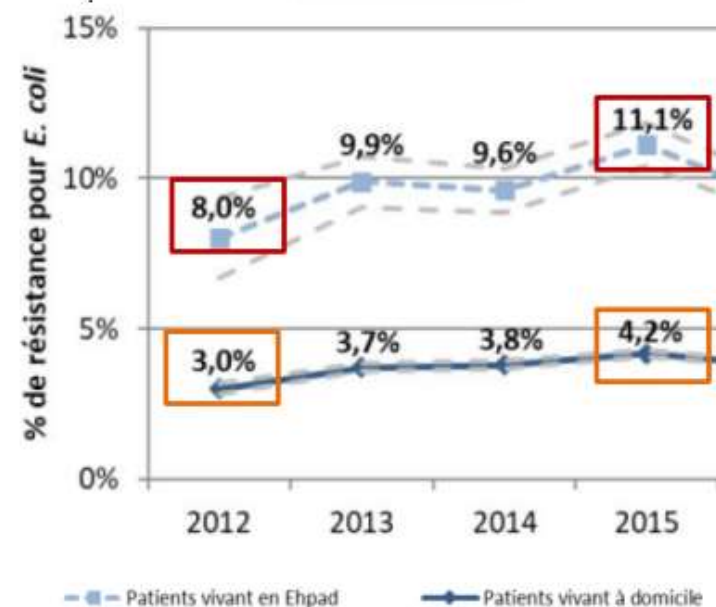


## Relation prescriptions/résistance bactérienne 2

Figure n° 1 : évolution de la consommation d'antibiotiques en France



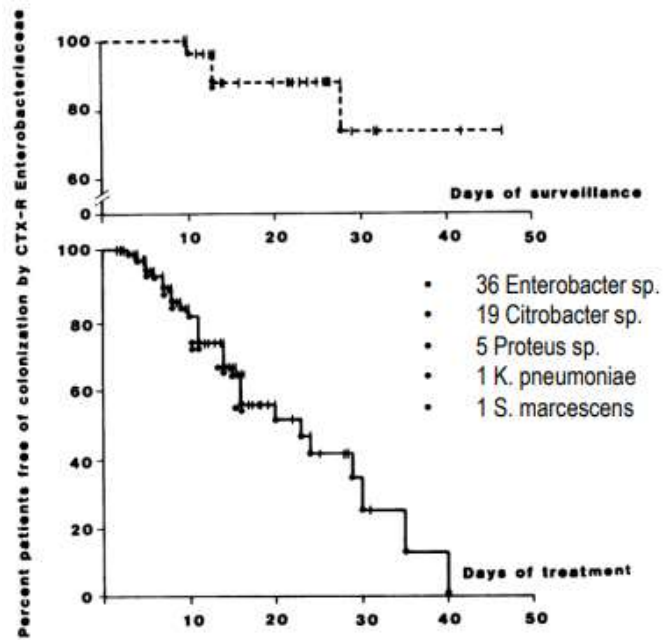
*E. Coli* C3G-R



Rapport ANSM 2017

Santé Publique France : résistance aux antibiotique – REPIAS : mission PRIMO 2022

# Corrélation durée ATBttie et apparition de résistances



Prevot MH *et al.*, AAC 1986

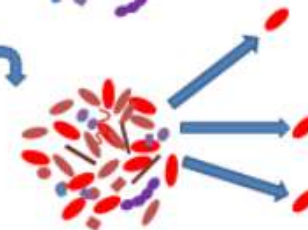


21<sup>es</sup> JNI, Poitiers du 9 au 11 septembre 2020

Les antibiotiques sélectionnent des résistances chromosomiques chez les bactéries



Les antibiotiques facilitent la dissémination des résistances non-chromosomiques chez les bactéries



PRESSION DE SÉLECTION ANTIBIOTIQUE

## Corrélation durée ATBttie et apparition de résistances 2

### ❑ Etude observationnelle enfants scolarisés :

Portage PSDP : corrélé/durée de traitement par bêta-lactamines dans les 30 jours.

Guillemot *et al.* JAMA

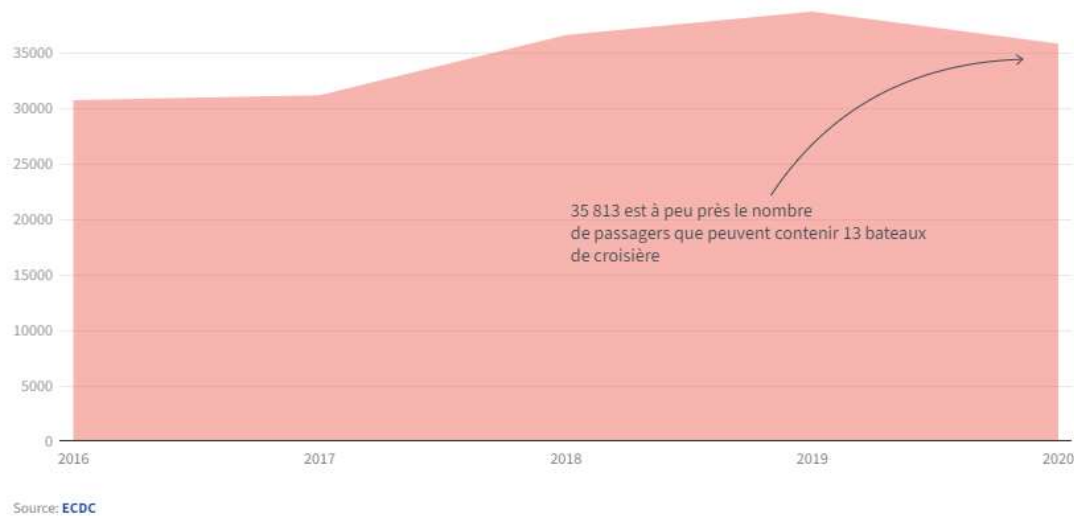
Table 6.—Odds Ratios for Penicillin-Resistant *Streptococcus pneumoniae* (PRSp) Carriage According to Daily Dose and Duration of the Last Antibiotic Used During the Previous 30 Days\*

Variable		No. of Children	No. of PRSp Carriers	Unadjusted OR (95% CI)	P Value	Adjusted OR (95% CI)	P Value
Duration of treatment							
No use†	1,3%	780	10	1.0		1.0	
Long†	4,3%	138	6	3.5 (1.3-9.8)	.02	3.9 (1.4-11.2)	.01
Short	0%	23	0	NA	.9	NI	

# Impact de l'antibiorésistance



Source : *Résistance aux antibiotiques – Santé publique France* ([santepubliquefrance.fr](http://santepubliquefrance.fr))



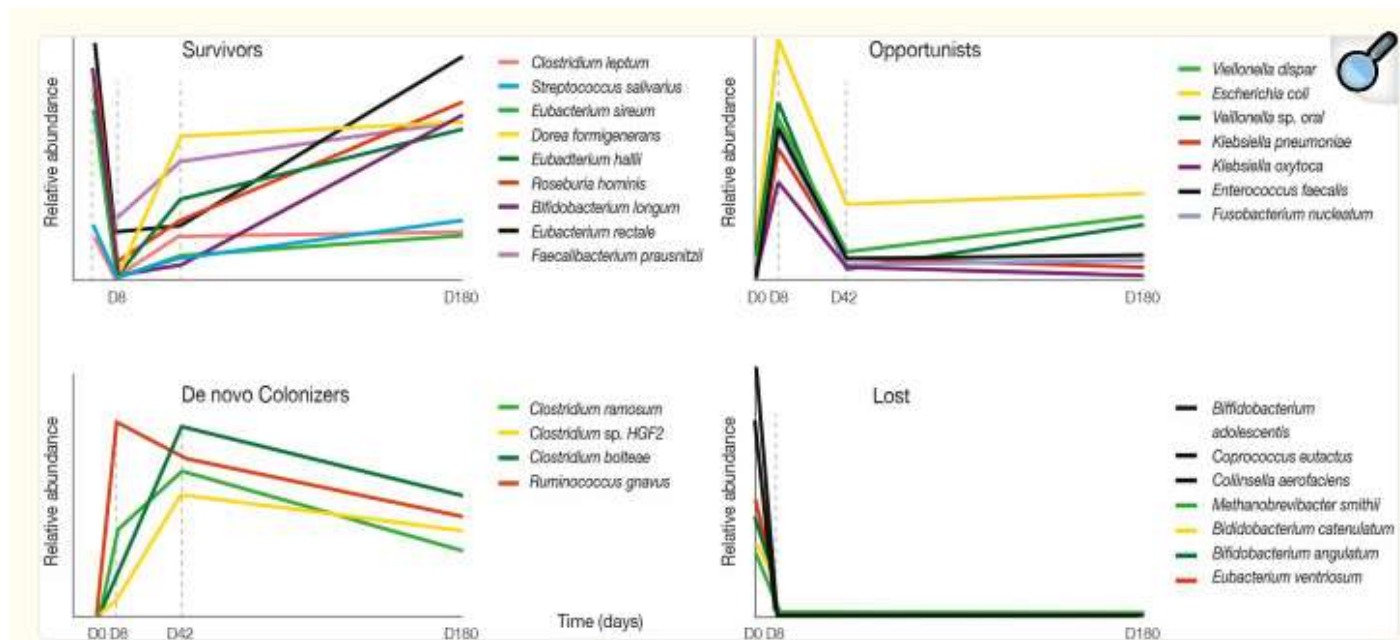
environ 35 000 morts par an en  
Europe d'infections résistantes aux ATB  
~ équivalent grippe + BK + VIH/SIDA

## Pourquoi raccourcir les durées d'antibiothérapie ?

- Moins de consommation d'antibiotiques
- Réduction de la sélection de résistances
- **Diminution de l'impact sur le microbiote**
- Moindre iatrogénie (*C. difficile*, effets indésirables)
- Adhérence améliorée et coûts moindres
- Preuves croissantes en faveur de durées courtes pour infections non compliquées



# Impact de l'antibiothérapie sur le microbiote intestinal



Evolution des populations bactériennes après 4 jours d'antibiothérapie à large spectre adapté d'après [Palleja et al. \(2018\)](#).

## Pourquoi raccourcir les durées d'antibiothérapie ?

- Moins de consommation d'antibiotiques
- Réduction de la sélection de résistances
- Diminution de l'impact sur le microbiote
- **Moindre iatrogénie (*C. difficile*, effets indésirables)**
- Adhérence améliorée et coûts moindres
- Preuves croissantes en faveur de durées courtes pour infections non compliquées

# Antibiothérapie et infection à *Clostridioides difficile* 1

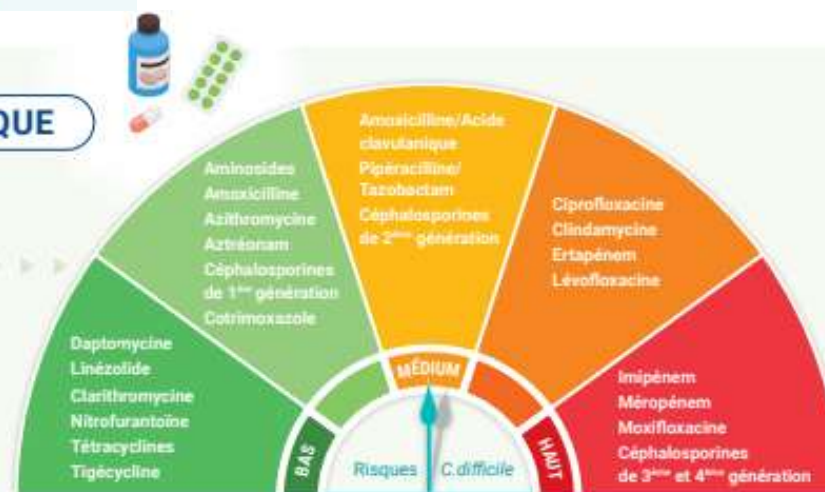
## ÉPIDÉMIOLOGIE

*C.difficile* est responsable de :

- ▶ 10 à 25% des **diarrhées post antibiotiques**
- ▶ 10% des **diarrhées nosocomiales**
- ▶ 3,5% des **diarrhées communautaires** (en l'absence d'antibiothérapie)

## LES FACTEURS DE RISQUE

- **Antécédents d'ICD**
- **Prise de médicaments :**
  - ▶ Antibiotiques
  - ▶ Inhibiteur de la Pompe à Protons (IPP)
  - ▶ Immunosuppresseurs
- **Âge > 65 ans**
- **Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin**



## LE SAVIEZ-VOUS ?

- L'ICD peut survenir **jusqu'à 8 semaines** après la fin de l'antibiothérapie !
- 15 à 25% des patients présentant une ICD récidiveront **dans les 2 mois**.

# Antibiothérapie et infection à *Clostridioides difficile* 2

- Données USA 2011
- 453 000 cas, 29 000 DC associés à ICD
  - Facteur de risque principal ICD : antibiothérapie
  - Corrélation positive entre risque d'ICD et
    - durée antibiothérapie
    - Nombre d'antibiotiques utilisés
    - Age du patient
    - Immunodépression
    - Hospitalisation (sur-risque pour soins intensifs)

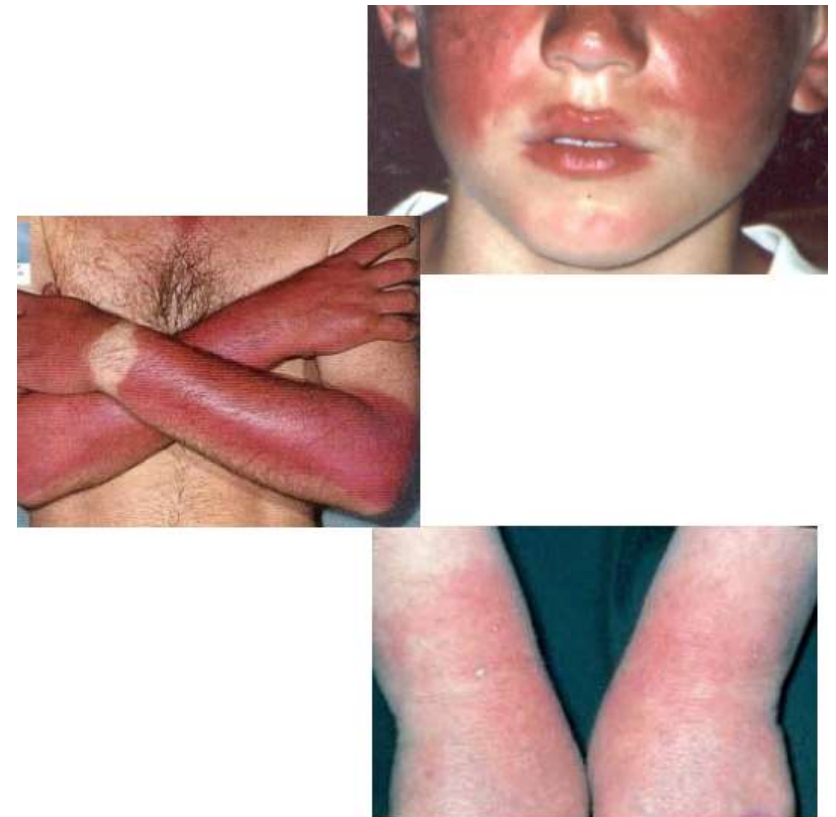
Leffler et Lamont, 2015

# Effets indésirables : cutanés notamment

Toxidermie érythémateuse



Photosensibilisation



*Photos H. Durox, effets secondaires cutanés des antibiotiques, présentation 15<sup>èmes</sup> JNI, 2014*

## Pourquoi raccourcir les durées d'antibiothérapie ?

- Moins de consommation d'antibiotiques
- Réduction de la sélection de résistances
- Diminution de l'impact sur le microbiote
- Moindre iatrogénie (*C. difficile*, effets indésirables)
- Adhérence améliorée et coûts moindres
- Preuves croissantes en faveur de durées courtes pour infections non compliquées

## Principes pour raccourcir en toute sécurité

- Évaluer gravité et facteurs de risque (comorbidités, immunodépression).
- Réévaluer l'évolution clinique à 48–72 h.
- Privilégier l'antibiotique ciblé et à faible impact écologique.
- Informer le patient et planifier une surveillance



# A vous de consulter et de prescrire... selon les recommandations!

## Cas clinique n° 1

- Patient de 51 ans, toux fébrile depuis 48h avec asthénie, sans ATCD, sans traitement habituel, commerçant, hétérosexuel, 2 enfants
- 38,6°C, 131/88 mmHg, 90 bpm, 18 cycles/min au repos, SaO<sub>2</sub> 96%
- Foyer de crépitants en base droite

Modalités de prise en charge?

Antibiothérapie préférentielle et durée?

# Pneumopathie communautaire aiguë

Score clinique, utilisable en médecine ambulatoire associant 4 ou 5 critères **CRB-65** et **CURB-65**

**C**onfusion récente

**U**rée :  $>7$  mmol / l

**R**espiratoire : fréquence respiratoire supérieure à 30 cycles/min

**B**lood pressure : TA  $< 90/60$

**65** : âge  $> 65$  ans (âge physiologique  $>$  civil, critères de Fried)

Si  $\geq 1 \rightarrow$  hospitalisation

# Pneumopathie communautaire aiguë

- Amoxicilline 1gx3/j pendant 5 j si évolution favorable à 72h
  - Pristinamycine 1gx3/j si allergie
  - Évolution favorable = apyrexie pendant 48h,  $PAS \geq 90$ ,  $FR \leq 24$ ,  $FC \leq 100$ ; toux persistante n'est pas un critère de non amélioration
  - Suspicion germe atypique ou échec à 72h
    - Clarithromycine 500x2/j
    - Spiramycine 3MUIx3/j
    - Pristinamycine 1gx3/j
    - Doxycycline 200x1/j
- } si allergie documentée aux macrolides ou CI

## Peut-on faire moins de 5 jours pour traiter une PAC de l'adulte?

- Lancet 2021, Dinh et col
  - Décembre 2013 à février 2018, 706 patients vus, 310 éligibles (stabilité clinique après 3 jours de  $\beta$ -lactamines), randomisés :
  - 157 placebo, 153 amoxiclavulanate 1g/125mgx3/j 5j supplémentaires
  - Age médian 73 (57-84), 41% femmes
  - Guérison 78% placebo, 68% traitement à J15
  - Effets 2<sup>aires</sup> : digestifs le plus fréquents 11% placebo, 19% traitement
  - 4 DC à J30, 3 placebo, 1 traitement

→ Traitement de 3j non inférieur à 8j dans cette étude

# EABPCO sans facteur de risque

## **Durée du traitement antibiotique 5 jours**

- amoxicilline : 1 g x 3/j

## **En cas d'allergie documentée aux pénicillines :**

- pristinamycine : 1 g x 3/j 4 jours

## **en cas de rupture de stock :**

- macrolides :
  - clarithromycine : 500 mg x 2/j
  - roxithromycine : 150 mg x 2/j
  - spiramycine : 6 à 9 millions d'u.i./24 heures, soit 4 à 6 comprimés par jour en 2 à 3 prises
- doxycycline 200 mg x 1/j

# EABPCO avec facteur de risque

Présence de facteurs de risque d'échec thérapeutique ou de complication :

- $\geq 2$  exacerbations par an ou 1 épisode ayant nécessité une hospitalisation
- VEMS  $< 50\%$  de la valeur prédite
- Comorbidité : insuffisance cardiaque, cardiopathie ischémique...
- Cures répétées d'antibiotiques – Absence de réponse clinique au traitement de 1ère intention
- Age ( $> 65$  ans)
- Désaturation/oxygénothérapie à domicile

## Durée du traitement antibiotique 5 jours

- amoxicilline-acide clavulanique 1g/125 mg x 3/j

En cas d'allergie documentée aux pénicillines (sans contre-indication aux céphalosporines) :

- ceftriaxone iv ou sc 1 à 2 g 1 fois/jour
- triméthoprim/sulfaméthoxazole : 800/160 mg x 2/j

En cas de rupture de stock :

- Macrolides :
  - clarithromycine : 500 mg x 2/j
  - roxithromycine : 150 mg x 2/j
  - spiramycine : 6 à 9 millions d'u.i./24 heures, soit 4 à 6 comprimés par jour en 2 à 3 prises
- doxycycline 200 mg x 1/j

En dernier recours si aucun autre traitement possible :

- lévofloxacine 500 mg x 1/j

**Avis spécialisé** : Si antécédent connu de colonisation à *P. aeruginosa* ou mise en évidence de *P. aeruginosa* dans les expectorations : ne pas prescrire de fluoroquinolone et demander un avis spécialisé

## Cas clinique n°2

- Patiente de 37 ans
- Brûlures mictionnelles depuis 72h

Modalités de prise en charge?

Antibiothérapie préférentielle et durée?



# Cystite aiguë simple

**Les facteurs de risque de complication** sont la grossesse, toute anomalie organique ou fonctionnelle de l'arbre urinaire, l'insuffisance rénale sévère (débit de filtration glomérulaire < 30 ml/min), l'immunodépression grave, un âge supérieur à 75 ans, ou supérieur à 65 ans avec au moins 3 **critères de Fried\***. Le diabète, type 1 ou 2, n'est pas un facteur de risque de complication.

**\*Critères de Fried** : perte de poids involontaire au cours de la dernière année, vitesse de marche lente, faible endurance, faiblesse/fatigue, activité physique réduite.

➔ **Les traitements recommandés sont :**

1 <sup>re</sup> intention	fosfomycine-trométamol, 3 g en <b>prise unique</b>
2 <sup>e</sup> intention	pivmécillina <sup>m</sup> : 400 mg 2 fois par jour pendant <b>3 jours</b>

- Pas d'ECBU sauf si évolution défavorable (persistance ou aggravation des signes cliniques après 3 jours ou de récurrence précoce dans les 2 semaines).

## Cas cliniques : n° 3

- Patiente de 82 ans
- Brûlures mictionnelles depuis 72h

Modalités de prise en charge?

Antibiothérapie préférentielle et durée?

# Cystite aiguë à risque de complications

**Les facteurs de risque de complication** sont la grossesse, toute anomalie organique ou fonctionnelle de l'arbre urinaire, l'insuffisance rénale sévère (débit de filtration glomérulaire < 30 ml/min), l'immunodépression grave, un âge supérieur à 75 ans, ou supérieur à 65 ans avec au moins 3 **critères de Fried\***. Le diabète, type 1 ou 2, n'est pas un facteur de risque de complication.

**\*Critères de Fried** : perte de poids involontaire au cours de la dernière année, vitesse de marche lente, faible endurance, faiblesse/fatigue, activité physique réduite.

## ➔ **Traitement différé à privilégier [2024] : traitement adapté à l'antibiogramme**

**Par ordre de préférence et selon l'antibiogramme :**

1 <sup>re</sup> intention	amoxicilline : 1g 3 fois par jour pendant <b>7 jours</b>
2 <sup>e</sup> intention	pivmécillinam : 400 mg 2 fois par jour pendant <b>7 jours</b>
3 <sup>e</sup> intention	nitrofurantoïne* : 100 mg 3 fois par jour pendant <b>7 jours</b>

\*nitrofurantoïne : contre-indication en cas d'insuffisance rénale avec un débit de filtration glomérulaire < 45 ml/min ou de traitements itératifs.

## ➔ **Traitement ne pouvant être différé : traitement probabiliste [2024]**

1 <sup>re</sup> intention	nitrofurantoïne* : 100 mg 3 fois par jour pendant <b>7 jours</b>
2 <sup>e</sup> intention	fosfomycine-trométamol : 3 g à J1, J3 et J5 <b>[2024]</b>

\*nitrofurantoïne : contre-indication en cas d'insuffisance rénale avec un débit de filtration glomérulaire < 45 ml/min ou de traitements itératifs.

- Pas d'ECBU de contrôle sauf si évolution défavorable (persistance ou aggravation des signes cliniques après 3 jours ou récurrence précoce dans les 2 semaines).

# INFECTIONS URINAIRES

## DONNEES DE LA LITTÉRATURE depuis 2015

- Cystite simple

- *Lancet*, méta-analyse 2020: 61 études randomisées → non infériorité ttt de 3 jours avec pivmécillinam ou TMP/SMX vs 5 ou 7j

- PNA

- RU, étude observationnelle multicentrique 2010-2016, 272 patientes avec PNA à *E. coli* 7j ciprofloxacin ou TMP/SMX idem 14j TMP/SMX
- F, 100 PNA non compliquées, étude prospective, ouverte, randomisée, multicentrique 5j vs 10j ofloxacin ou lévofloxacin → équivalent guérison et risque de récurrence
- Italie, 2020, méta-analyse PNA non compliquées, durée de ttt inférieure ou égale à 7j idem 7 à 14j pour FQ et C3G

## Cas cliniques : n° 4

(emprunté à M. Lafaurie, JNl Tours 2025, groupe recommandations SPILF)

- Patient de 68 ans
- Brûlures mictionnelles et urgenturie depuis 5j
- HBP traitée par alfuzosine

Modalités de prise en charge?

Antibiothérapie préférentielle et durée?

# Cystite chez l'homme 1

- Ça existe mais critères diagnostics à respecter
- Signes cliniques locaux diversement associés , d'apparition ou d'aggravation aiguë : brûlures urétrales per-mictionnelles, pollakiurie, urgenturie, dysurie, nycturie, douleur hypogastrique +/- hématurie macroscopique
- SANS fièvre
- SANS douleurs lombaires spontanées ou provoquées
- ET ECBU positif -> seul examen complémentaire recommandé dans ce cas en 1<sup>ère</sup> intention

## Cystite chez l'homme 2

- En 1<sup>ère</sup> intention et à adapter à l'ECBU, au choix
  - Fosfomycine-trométamol : 3g J1, J3 et J5
  - Nitrofurantoïne : 100 mgx3/j pendant 7j
  - Pivmécillinam : 400 mgx3/j pendant 7j
  - Triméthoprimé : 300 mg 1fois/j pendant 7j
- En 2<sup>ème</sup> intention, par ordre préférentiel
  - Amoxicilline : 1gx3/j pendant 7j
  - Triméthoprimé-sulfaméthoxazole : 160/800 2fois/j pendant 7j
  - Amoxicilline-acide clavulanique : 1gx3/j pendant 7j
- Idem si entérobactérie BLSE si sensibilité confirmée à l'ECBU



## Cas cliniques : n° 5

(emprunté à M. Lafaurie, JNl Tours 2025, groupe recommandations SPILF)

- Patient de 82 ans,
- Lymphome en 2017, HTA
- Prostatite aiguë fébrile traitée depuis 3 jours par ceftriaxone sc 1g/j
- ECBU : leucos  $10^4$  /ml,  $10^5$  E. coli/ml sauvage
- Relai antibiotique préféré?
  - Ceftriaxone 1g/j sc pour 21 j de ttt total
  - SMX/TMP 800/160 1x2/j pour 14 j de ttt total
  - Lévofoxacine 500mgx1/j pour 14j de ttt total
  - Amoxicilline 1gx3/j pour 14 j de ttt total
  - Fosfomycine-trométamol 3g/j pour 14j de ttt total

# Infection urinaire fébrile de l'homme 1

- Probabiliste, en l'absence de choc septique
- Sans ATCD d'infection ou colonisation à entérobactérie R C3G dans les 3 mois, en ambulatoire
  - Ceftriaxone IV ou SC
  - Ciprofloxacin ou lévofloxacin PO (en l'absence de prise de FQ dans les 6 mois et si voie orale non compromise)
- Relai oral possible, par ordre préférentiel:
  - TMP-SMX, FQ (ciprofloxacin, lévofloxacin ou ofloxacin)
  - Si R ou CI aux 2 molécules précédentes,
  - Fosfomycine-trométamol ou bêta-lactamine
  - après au moins 5 jours de ttt par voie parentérale par amoxicilline, amoxicilline-acide clavulanique, céfixime

## Infection urinaire fébrile de l'homme 2

### durées de traitement

- Prostatite aiguë
  - 14j
- Pyélonéphrite aiguë sans signes de prostatite
  - 7jours si bêta-lactamines par voie parentérale et/ou FQ et/ou TMP/SMX
  - 10 jours sinon

## Cas cliniques : n ° 6

- Patient de 46 ans
- Douleurs pharyngées fébriles depuis 48h, érythème pharyngé

Prise en charge?

### Réalisation d'un TROD

chez l'enfant de 3 ans ou plus ;

chez l'adulte avec un **score de Mac Isaac** supérieur ou égal à 2, c'est-à-dire :

- fièvre supérieure à 38°C = + 1 point ;
- absence de toux = + 1 point ;
- adénopathies cervicales sensibles = + 1 point ;
- atteinte amygdalienne (volume ou exsudat) = + 1 point ;
- âge du patient entre 15 à 44 ans = 0 point ;
- âge du patient égal ou supérieur à 45 ans = - 1 point.

# Angine streptococcique aiguë de l'adulte

- Amoxicilline 1gx2/j pendant 6 j
- Allergie non grave pénicillines :
  - Cefpodoxime proxetil 5j
  - Cefuroxime axetil 4j
- Allergie grave :
  - Clarythromycine 5j
  - Azithromycine 3j

NB: + penser au COVID, douleurs pharyngées avec omicron

# Infections ORL de l'adulte

<b>Otite moyenne aiguë purulente</b>	
amoxicilline	5 jours
<b>Sinusite maxillaire aiguë purulente</b> (suspicion d'infection bactérienne)	
amoxicilline	7 jours
<b>Sinusite maxillaire unilatérale associée à une infection dentaire</b>	
amoxicilline-acide clavulanique	7 jours
<b>Sinusite frontale, éthmoïdale, sphénoïdale</b>	
<b>Avis ORL sans retarder la mise en place du traitement antibiotique</b>	7 jours
amoxicilline-acide clavulanique	
<b>Sinusite grave, à risque de complications</b>	
<b>Hospitalisation en urgence pour un avis spécialisé</b>	-

# Infections ORL de l'enfant

<b>Otite moyenne aiguë (OMA) congestive ou séro-muqueuse</b>	
Pas d'antibiotique	-
<b>OMA purulente : enfant &lt; 3 mois</b>	
Avis spécialisé	-
<b>OMA purulente : enfant de 3 mois à 2 ans</b>	
amoxicilline	10 jours
<b>OMA purulente : enfant &gt; 2 ans avec symptômes modérés</b>	
Pas d'antibiotique en 1 <sup>re</sup> intention	Réévaluation à 48/72h
<b>OMA purulente : enfant &gt; 2 ans avec symptômes importants</b>	
amoxicilline	5 jours
si otorrhée ou otite récidivante : amoxicilline	10 jours
<b>Sinusite maxillaire non liée à une origine dentaire ou frontale aiguë</b>	
amoxicilline	10 jours
<b>Sinusite maxillaire aiguë d'origine dentaire</b>	
amoxicilline-acide clavulanique	10 jours

# Infections ORL de l'enfant 2

## **Sinusite ethmoïdale, sphénoïdale, ou frontale compliquée**

Avis spécialisé : ORL ou pédiatrique en urgence

-

## **Rhinopharyngite aiguë**

Pas d'antibiotique

-

## **Angine aiguë [2024]**

**Enfant < 3 ans**

Pas d'antibiotique et pas de TDR

-

**Enfant ≥ 3 ans et TDR négatif**

Pas d'antibiotique

**Enfant ≥ 3 ans et TDR positif**

amoxicilline

**6 jours**

**Enfant de 10 ans ou plus**

Délivrance par les pharmacies si TROD positif

-



# Dermo-hypodermites non nécrosantes

## Facteurs de risque

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>■ Antécédent personnel de DHBNN.</li><li>■ Porte d'entrée cutanée.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>■ Obésité (IMC &gt; 30).</li><li>■ Œdème chronique, lymphœdème.</li></ul> |
|--|---|

## Signes de gravité

- **Signes généraux** de sepsis<sup>1</sup> ou de choc toxinique.
- **Extension rapide** des signes locaux en quelques heures.
- **Douleur très intense**, impotence fonctionnelle.
- **Signes locaux** : lividités, taches cyaniques, crépitation sous-cutanée, hypo- ou anesthésie locale, induration dépassant l'érythème, nécrose locale.
- **Aggravation** des signes locaux dans les 24 à 48 heures malgré l'instauration d'une antibiothérapie adaptée.

# Dermo-hypodermes non nécrosantes 2

## Hospitalisation en urgence

- Si signes de gravité locaux ou généraux.
- Risque de décompensation d'une comorbidité.
- Obésité morbide (IMC > 40).
- Sujet âgé > 75 ans polypathologique.
- Âge inférieur à 1 an.

## Hospitalisation secondaire

- Évolution défavorable dans les 24 à 48 heures après l'instauration de l'antibiothérapie.

# DHBNN

## traitement

Pathologie	Traitement antibiotique 1 <sup>re</sup> intention	Si allergie à la pénicilline	Durée du TTT
<b>DHBNN adulte</b>	<b>Amoxicilline</b> : 50 mg/kg/jour en trois prises avec un maximum de 6 g/jour	<b>Pristinamycine</b> : 1g x 3 /jour ou <b>Clindamycine</b> : 1,8 g/jour en 3 prises et jusqu'à 2,4 g/jour si poids > 100 kg	7 jours
<b>DHBNN enfant</b>	<b>Amoxicilline-acide clavulanique</b> : 80 mg/kg/jour d'amoxicilline en 3 prises par jour (sans dépasser 3g/jour)	<b>Clindamycine</b> : 40 mg/kg/jour en 3 prises par jour (enfants > 6 ans) <b>Sulfaméthoxazole-triméthoprim</b> : 30 mg/kg/jour (exprimé en sulfaméthoxazole) en 3 prises par jour (forme suspension buvable pour enfants < 6 ans)	7 jours
<b>DHBNN adulte</b> <b>Après morsure</b>	<b>Amoxicilline-acide clavulanique</b> : 50 mg/kg/jour d'amoxicilline sans dépasser 6 g/jour, et sans dépasser 375 mg/jour d'acide clavulanique	<i>Avis secondaire (spécialiste hospitalier)</i>	7 jours
<b>DHBNN adulte</b> <b>Après exposition professionnelle</b> <b>Suspicion d'érysipélateoïde (rouget du porc)</b>	<b>Amoxicilline</b> : 50 mg/kg/jour (au maximum 6 g/jour)	<i>Avis secondaire (spécialiste hospitalier)</i>	7 jours
<b>DHBNN adulte</b> <b>Antibiopro-phylaxie</b>	<b>Benzathine-benzyl-pénicilline G (retard)</b> : 2,4 MUI IM toutes les 2 à 4 semaines <b>Pénicilline V (phénoxy méthylpénicilline)</b> : 1 à 2 millions UI/jour selon le poids en 2 prises	<b>Azithromycine</b> : 250 mg/jour	À évaluer : en fonction de l'évolution des facteurs de risque de récurrence.

# Messages clés

- Privilégier durées les plus courtes validées par recommandations si évolution favorable
- Réévaluer systématiquement à 48–72 h
- Informer les patients
- Eviter raccourcissement chez immunodéprimés, prothèses valvulaires infectieuses, bactériémies documentées
- Ne pas extrapoler données d'infections non étudiées
- Surveiller EIG et les réactions allergiques (les documenter)
- Expliquer raisons de durée courte (éviter résistances et effets indésirables)
- Donner consignes: possibilité d'appel si fièvre persistante ou aggravation
- Fournir ordonnance claire + fiche HAS si disponible

## Bibliographie & ressources (sélection)

- SPILF — Recommandations et Info-Antibio (diverses mises à jour).
  - [www.infectiologie.com](http://www.infectiologie.com)
  - Info-antibio n° 92, mai 2021
- HAS — Choix et durées d'antibiothérapies (fiches synthétiques). HAS, 2021-2025.
  - [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)
- CASFM 2023 — Société Française de Microbiologie.
  - [www.sfm-microbiologie.org](http://www.sfm-microbiologie.org)
- ESCMID — Lignes directrices européennes sur antibiothérapie, 2023-2024.
  - [www.escmid.org](http://www.escmid.org)
- Publications récentes: actualisations PAC 2024-2025 (Infectious Diseases Now, Clinical Microbiology and Infection).

---

**Merci de votre attention!**