



AIDE-MEMOIRE CONCERNANT L'UTILISATION DES TRAITEMENTS ANTI-INFECTIEUX EN PRATIQUE AMBULATOIRE

Cet aide-mémoire reprend les pathologies infectieuses habituelles, certains symptômes d'appel et examens complémentaires, ainsi que les traitements anti-infectieux appropriés.

Une prescription raisonnée de médicaments anti-infectieux aide à limiter les phénomènes d'antibiorésistance.

Infections dans lesquelles le recours aux médicaments anti-infectieux n'est en général pas nécessaire

- rhinopharyngite aiguë, angine virale
- épisode grippal ;
- otite moyenne aiguë > 2 ans (sauf signes de gravité);
- otite externe (sauf OE maligne) ;
- bronchite aiguë de l'enfant et de l'adulte sain;
- exacerbation aiguë d'une bronchite chronique simple ou obstructive légère ou modérée, sans sécrétions purulentes;
- sinusite maxillaire de l'enfant ou de l'adulte
- bactériuries asymptomatiques en dehors de la grossesse, y compris sur sonde
- gastro-entérite (sans signes de gravité)

INFECTION	TRAITEMENT STANDARD
Infections ORL et respiratoires	
Mal de gorge, angine, pharyngite aiguë : la plupart des pharyngites ne nécessitent pas d'antibiotique; <2ans, quasiment toujours viral ; > 2 ans, si score de Centor>=2 et résultat positif de test rapide (p.ex.Streptatest) ou patients très affectés :	Amoxicilline (7 jours, 2x1g/j ou 50 mg/kg/j en 2 prises) ou Cefadroxil 2x 500 (30 mg/kg en 2 doses) pendant 5 jours Si allergie, Clarithromycine (5 jours) ou Azithromycine (3 jours)
Otite moyenne aiguë : indication d'antibiothérapie si OMA < 2 ans Traitement symptomatique et expectative 48-72 hrs si >=2 ans, sauf si très affecté (t°>38,5; douleurs bilatérales, hypoacousie) (pas d'antibiotiques pour une otite externe)	Amoxicilline HD 3x1g/j pdt 7 jours (10 jrs chez l'enfant <2 ans) Amoxi-clavulanate retard 2x2g/j ou Cefuroxime 3x500mg/j si sévère ou antibiothérapie dans le mois précédent ou non réponse à l'Amoxicilline. Chez les enfants : Amoxi-clavulanate 40mg/kg/jr en 2 prises + 50mg/kg/jr d'Amoxicilline en deux prises Si allergie aux betalactamines : Azithromycine 5 jours
Sinusite aiguë : pas d'antibiotiques, sauf si sévère (t° élevée ; patient très affecté, gonflement facial, douleurs +++) ou sinusite modérée de durée > 7 jours de traitement symptomatique (très rare chez l'enfant ; <5% des rhinosinusites de l'enfant nécessitent des antibiotiques)	Amoxicilline HD (3x1g/j) pdt 10 jrs Ou [Amoxi-clav (2x2g/j) ou Cefuroxime (3x500mg/j)] si sévère, antibiothérapie dans le mois précédent ou non réponse à l'Amoxicilline Si allergie aux betalactamines : Azithromycine 5 jours Chez l'enfant : même traitement que pour l'OMA



Bronchite (le plus souvent virale) exclure pneumonie si t>38°C, auscultation anormale, RC>100 ou RR > 24	Pas d'antibiotiques
Exacerbation de BPCO (pas d'AB systématique, sauf si BPCO modérée à sévère (Gold >=2 et exacerbation des symptômes (purulence du sputum, dyspnée). Traitement de fond intensifié Rechercher critères de gravité pour hospitalisation ou facteurs de risque pour P. aeruginosa	Amoxi-clav 3x 1g/j pdt 7-10 jours À alterner avec fluoroquinolones anti-pneumococciques (Moxifloxacin ou Levofloxacin) si récurrences fréquentes
Pneumonie communautaire CRP et radiographie pulmonaire pour confirmer le diagnostic pour déterminer l'indication d'hospitalisation, utiliser le CRB65 >=2 points (altération de l'état de conscience, RR>30, hypotension, âge >65) ou en cas de pathologies chroniques associées ou saturation HbO2<90 Chez l'enfant : traitement oral uniquement pour tableaux non sévères et enfants > 6 mois	Adulte: Amoxi-clavulanate (retard 2x2g/j) ou Amoxicilline 3x1g/j ou Cefuroxime axetil 3x500mg/jour pdt 10-14jours Enfant : Amoxicilline haute dose pendant 7-10 jours. Si allergie ou suspicion de germe atypique : Clarithromycine Limiter l'usage des fluoroquinolones anti-pneumococciques !
Abcès dentaire	Amoxi-clavulanate 3x500 mg/j pdt 3-5 jrs
Infections peau et tissus mous (si abcès, préférer incision/drainage)	
Impetigo Soins locaux antiseptiques	Cefadroxil 2x1g/jour pendant 7 jours ou Flucloxacilline 3x500 mg/j pendant 7 jours Si allergie: Clindamycine 4x300 mg/j pendant 7 jours
Cellulite et érysipèle	Mêmes choix que ci-dessus mais durée 7-10 jours
Morsures : morsures au niveau de la main, morsures humaines, de chien et de chat : antibiothérapie de 3-5 jours; morsures infectées : AB-th10 jours Vérifier vaccin rage	Amoxi-clavulanate 3x500mg/jour pdt 10 jours Si allergie : Clindamycine
Lyme : prophylaxie après morsure de tique (en place > 24 hrs et début avant 72 hrs) Pas de données pour la femme enceinte et l'enfant	Doxycycline dose unique 200mg
Lyme/érythème chronique migrant	Doxycycline 200 mg/j ou Amoxicilline 1,5-3g/j en 3 prises pendant 14-21 jours (Azithro 10 jours ; 2 ^e choix)
Abcès et furoncles Essentiellement incision et drainage, antibiotiques uniquement si signes d'extension	Cefadroxil 2x1g/jour ou Flucloxacilline 3x500 mg/j ou Clindamycine 4x 300 mg/jour pendant 5 jours



Infections urinaires et génitales	
Bactériurie asymptomatique (uniquement traiter si femme enceinte ou avant procédure urologique invasive; pas de contrôles systématiques si sonde urinaire à demeure)	Pas d'antibiotiques
Cystite (traitement prophylactique ou post-coïtal si récurrences fréquentes) confirmer par leucocyturie et/ou nitrites + à la bandelette urinaire chez l'enfant, confirmer toujours par culture	Fosfomycine 3g dose unique ou Nitrofurantoïne 3x 100mg/j pdt 5 jours ou Triméthoprim-Sulfaméthoxazole 960mg x2/j pdt 5 jrs Femmes enceintes idem sauf éviter Triméthoprim-Sulfa en fin de grossesse Chez l'enfant : Amoxi-clavulanate ou Triméthoprim-Sulfaméthoxazole 3-5 jours
Pyélonéphrite aiguë Critères d'hospitalisation: incapacité à prendre un traitement per os (nausées, vomissements), pathologies sous-jacentes, douleurs ou sepsis, facteurs de risque pour infection urinaire compliquée, échec d'un traitement oral, grossesse, doute sur la compliance au traitement ; enfants < 2 ans. Chez l'enfant : nécessité de prélèvement de qualité : mi-jet ou ponction vésicale ou cathétérisme ; écho et NFS+CRP pour 1^{er} épisode	Ciprofloxacine 500 mg 2x/j ou Ofloxacine 400mg x2/j pendant 10 jours Si usage récent de fluoroquinolones ou femme enceinte : Amoxi-clavulanate 875 mg x3/j ou Cefuroxime 500 mg x3/j Enfant : Amoxi-clavulanate, Cefuroxime (adapter selon culture)
Prostatite aiguë si suspicion d'acquisition sexuelle, ajouter Ceftriaxone 1g IM(gonocoque) +[azithromycine 1g dose unique ou Doxycycline 200mg/j pdt 10 jours](chlamydia) si chronique, traiter 6 semaines + bilan urologique	Ciprofloxacine 500mg 2x/jour ou Ofloxacine 2x 400mg/j pdt 21 jours (Ceftriaxone si usage récent de fluoroquinolones)
Orchi-épididymite si suspicion d'acquisition sexuelle, ajouter Ceftriaxone 1g IM(gonocoque) +[azithromycine 1g dose unique ou Doxycycline 200mg/j pdt 10 jours](chlamydia)	Idem prostatite sauf durée 10 jours
Urétrite	Ceftriaxone 1g IM +[Azithromycine 1g dose unique ou Doxycycline 200mg/j pdt 10 jours]
PID (pelvic inflammatory disease ou salpyngite) Prendre avis gynéco et hospitaliser si critères de gravité	([Amoxi-clavulanate 2x2g/j + Doxycycline 200 mg/j] ou [Ciprofloxacine 2x500mg/j + Metronidazole 3x 500 mg/j]) pendant 14 jours + Ceftriaxone 1g IM dose unique
Vaginites (candida, trichomonas, vaginite bactérienne) Traiter également le partenaire.	Metronidazole 2g dose unique (tricho) ou Metro ovules 500mg au coucher pdt 5-7 jrs (Gardnerella, v. bactérienne) + Miconazole ovule 1,2 g ou Clotrimazole ovule 500 mg (dose unique)



Infections digestives	
Gastro-entérite infectieuse : tt. symptomatique et réhydratation Pas d'antibiotiques, sauf si fièvre ou sang dans les selles. Hospitaliser si signes de déshydratation ou tableau septique. A priori pas de traitement empirique chez l'enfant	Ciprofloxacine 500mgx2/j pdt 3-5 jours
Diverticulite	Amoxicilline-clavulanate 3x 875 mg/j ou [Cefuroxime 3x500 mg/j + Metronidazole 3x500 mg/j] pendant 7-10 jours si tt conservateur
Eradication Helicobacter pylori	Inhibiteur de la pompe à protons + Clarithromycine 2x500 mg/j + [Amoxicilline 2x1g/j ou Metronidazole 3x500 mg/j] pdt 7 jours
Colite à Clostridium difficile À rechercher si antibiothérapie récente, hospitalisation récente ou vie en communauté fermée Portage fréquent sans rôle pathogène chez le nourrisson	Metronidazole 3x500mg/j pendant 10 jours en première intention Si récidive : Vancomycine sirop 4x250 mg/j (+/- Metronidazole) pendant 10 jours
Dosages pédiatriques usuels	
Amoxicilline	50 mg/kg/j (max 4g) en 3 doses
Amoxicilline HD (haute dose)	75-100 mg/kg/j (max 4g) en 3 doses ; en 2 doses pour l'OMA
Amoxicilline-clavulanate	30- 40 mg/kg/j (max 4g d'amoxicilline) en 3 doses
Azithromycine	10 mg/kg/j (max 500mg) en 1 dose
Cefadroxil	25-50 mg/kg/j (max 2g) en 2 doses
Cefuroxime axetil	30-50 mg/kg/j (max 1g) en 2 doses
Clarithromycine	15 mg/kg/j (max 1g) en 2 doses
Clindamycine	10-30 mg/kg/j (max 1.8g) en 3-4 doses
Doxycycline	2-4 mg/Kg/j (max 200mg) en 2 doses (à partir de 8 ans !)
Trimethoprim-Sulfamethoxazole	8-12 mg/kg/j (max 320mg) (de Trimethoprim) + 40-60mg/kg (max 1.6g) de Sulfamethoxazole en 2 doses

Groupe de travail

Dr Vic ARENDT, chargé de la rédaction, médecin spécialiste en médecine interne, orientation maladies infectieuses, CHL

Dr Thérèse STAUB: présidente du groupe de travail, médecin spécialiste en médecine interne, orientation maladies infectieuses, CHL

Dr Maria BARTH, médecin généraliste en cabinet privé

M. Marcel BRUCH, pharmacien, Direction de la Santé et membre du Conseil scientifique

M. Yves BRUCH, pharmacien, CMSS et membre du Conseil scientifique

Dr Elisabeth HEISBOURG, directeur adjoint de la Santé, Direction de la Santé

Dr Eugène PANOSETTI, médecin-spécialiste en ORL, CHL

Les auteurs ne déclarent pas de conflits d'intérêts.