

Lignes directrices africaines sur le traitement antibiotique des infections et des syndromes bactériens courants



**Première édition
2021**

Publié par

**Centres Africains de Contrôle et de Prévention des Maladies
Le Centre pour la dynamique Économie et Politique des maladies**

LE CENTRE POUR LA DYNAMIQUE ÉCONOMIE ET POLITIQUE DES MALADIES (CENTER FOR DISEASE DYNAMICS, ECONOMICS & POLICY, CDDEP), 2021.

La reproduction est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Ce rapport reflète les travaux réalisés avec le soutien du Réseau des programmes de formation en épidémiologie et interventions en santé publique (TEPHINET).

Les résultats et conclusions contenus dans ce document sont ceux des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les positions ou les politiques du CDDEP, des Centres africains de contrôle et de prévention des maladies, TEPHINET ou de toute autre organisation nommée. Les désignations, les frontières géographiques et la mention de pays, d'entreprises ou de produits de fabrication spécifiques n'impliquent aucune approbation ni aucune opinion de la part des auteurs, contributeurs ou organismes de financement. Les conseils cliniques et les recommandations de traitement contenus dans cette publication ont été élaborés sur la base des commentaires d'un groupe international d'experts qui ont pris en compte les meilleures preuves disponibles, l'expérience et l'expertise cliniques, ainsi que d'autres facteurs pertinents. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation de ce matériel incombe uniquement au lecteur, et ni les auteurs ni les contributeurs ne seront responsables des dommages résultant de son utilisation.

Les auteurs souhaitent remercier les cliniciens, les scientifiques, les pharmaciens et les autres experts qui ont participé à l'élaboration des recommandations de traitement et ont fourni des commentaires au cours du processus d'examen externe.

Des recherches connexes et des informations supplémentaires sont disponibles sur www.cddep.org et www.africacdc.org.

Citation suggérée : Craig, J., Kapoor, G., Sriram, A., Frost, I., Hiban, K., Alimi, YH., et Varma, JK. 2021. Lignes directrices africaines sur le traitement antibiotique des infections et syndromes bactériens courants - Première édition. Addis-Abeba, Éthiopie.

CENTRES AFRICAINS DE CONTRLE ET DE PRÉVENTION DES MALADIES

Commission de l'Union africaine

Rue Roosevelt, Addis-Abeba, Éthiopie

CENTRE DE DYNAMIQUE, ÉCONOMIE ET POLITIQUE DES MALADIES

5636 Connecticut Ave NW, boîte postale 42735

Washington, DC 20015, États-Unis

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| Auteurs et contributeurs | 6 |
| Panel d'élaboration des directives de traitement pédiatrique | 6 |
| Panel d'élaboration des directives de traitement pour adultes | 7 |
| Réviseurs externes | 8 |
| Avant-propos | 10 |
| Liste des acronymes | 11 |
| Partie I. Introduction | 13 |
| Partie 2. Méthodologies | 14 |
| Partie 4. Comment utiliser ces directives | 21 |
| Partie 5. Traitements antibiotiques recommandés pour les infections et syndromes bactériens courants chez les patients néonataux et pédiatriques | 22 |
| Système nerveux central | 22 |
| Méningite bactérienne aiguë suspecté (acquise dans la communauté)..... | 22 |
| Tête, œil, oreille, nez et gorge | 23 |
| Conjonctivite néonatale purulente aiguë..... | 24 |
| Otite moyenne aiguë..... | 24 |
| Pharyngo-amygdalite..... | 26 |
| Sinusite bactérienne aiguë suspecté..... | 27 |
| Abscess dentaire (y compris gingivite nécrosante aiguë/parodontite)..... | 29 |
| Cardiaque | 30 |
| Fièvre rhumatismale aiguë..... | 30 |
| Endocardite infectieuse (valve naturelle)..... | 31 |
| Respiratoire | 33 |
| Infection aiguë des voies respiratoires inférieures : légère à modérée/ambulatoire (acquise dans la communauté)..... | 33 |
| Infection aiguë des voies respiratoires inférieures : grave/patient hospitalisé (acquise dans la communauté)..... | 35 |
| Gastro-intestinal(e) | 37 |
| Fièvre typhoïde/entérique..... | 39 |
| Infection intra-abdominale compliquée (acquise dans la communauté)..... | 40 |
| Génito-urinaire | 42 |

| | |
|--|-----------|
| Infection des voies urinaires (IVU) | 42 |
| Syphilis (y compris la syphilis congénitale) | 44 |
| Peau, tissus mous, os et articulations | 47 |
| Infections de la peau et des tissus mous (y compris impétigo, cellulite, abcès) | 47 |
| Tétanos | 48 |
| Ostéomyélite aiguë et arthrite septique | 49 |
| Système sanguin | 51 |
| Sepsis chez le nouveau-né(e)..... | 51 |
| Infection bactérienne grave possible chez les nourrissons de moins de 3 mois (acquise dans la communauté)..... | 53 |
| Partie 6. Traitements antibiotiques recommandés pour les infections et syndromes bactériens courants chez les patients adultes | 56 |
| Système nerveux central | 56 |
| Méningite bactérienne aiguë (acquise dans la communauté)..... | 56 |
| Tête, œil, oreille, nez et gorge | 57 |
| Otite moyenne aiguë | 57 |
| Abcès dentaire (y compris la gingivite) | 59 |
| Pharyngo-amygdalite bactérienne (y compris streptocoque et diphtérie)..... | 60 |
| Cardiaque | 61 |
| Endocardite infectieuse | 61 |
| Infection de la valve prothétique ou du stimulateur cardiaque | 61 |
| Respiratoire | 62 |
| Bronchite aiguë..... | 62 |
| Exacerbation aiguë des maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) | 62 |
| Pneumonie communautaire (PAC) légère à modérée chez les patients ambulatoires..... | 63 |
| Pneumonie communautaire sévère chez les patients hospitalisés | 64 |
| La pneumonie (nosocomiale) acquise à l'hôpital (PAH) | 65 |
| Gastro-intestinal(e)..... | 66 |
| Maladie diarrhéique invasive aiguë (dysenterie) | 66 |
| Infections intra-abdominales compliquées (IIAc) | 67 |
| Typhoïde/Fièvre entérique..... | 69 |

| | |
|--|-----------|
| Génito-urinaire | 71 |
| Prostatite aiguë non compliquée légère à modérée | 71 |
| Infection des voies urinaires (IVU) non compliquée | 71 |
| Pyélonéphrite aiguë | 72 |
| Peau, tissus mous, os et articulations | 73 |
| Infections de la peau et des tissus mous (IPTM) | 73 |
| Ostéomyélite aiguë et arthrite septique | 74 |
| Système sanguin | 75 |
| Septicémie (septicémie) et choc septique | 75 |

Auteurs et contributeurs

Centre pour la Dynamique Économie et Politique des Maladies

Jessica Craig, MPH
Geetanjali Kapoor, MD, MPH
Aditi Sriram, MPH
Isabel Frost, DPhil
Kayli Hiban, MPH

Centres Africains de Contrôle et de Prévention des Maladies

Yewande Alimi, DVM, MPH
Jay K. Varma, MD

Panel d'élaboration des directives de traitement pédiatrique

Andrew Whitelaw, MBBCh, MSc, FCPATH
Université de Stellenbosch et hôpital NHLS Tygerberg, Cape Town, Afrique du Sud

Angela Anene Okolo, MD, DCH, FRCPCH, FMCPed, FWACP
Centre médical fédéral, Asaba, Nigéria

Beckie Tagbo, MBBS, FWACP(Paed), PhD
Institut de médecine moléculaire et des maladies infectieuses, Université du Nigeria, Ville,
Nigeria et Société royale de médecine, Londres, Royaume-Uni

David Kiptum, MB ChB, MMED
Hôpital pour enfants Gertrude, Nairobi, Kenya

Esperança Sevens, PhD
Université Eduardo Mondlane, Maputo, Mozambique

Frances Garraghan, MPharm
Fiducie de la Fondation NHS de l'Université de Manchester, Manchester, Royaume-Uni

Gary Reubenson, MBBCh, FCPaed, DCH DTM&H
Université de Witwatersrand, Johannesburg, Afrique du Sud

Hala Abdullatif, MD, MSc, MRCPCH
Université du Caire, Le Caire, Égypte

James Nuttall*, MBChB, Dip Obst, DCH, FCPaed, DTM&H, MSc(Med)(Paed) (**Président du groupe d'experts*)

Hôpital pour enfants commémoratif de guerre de la société de la Croix-Rouge et Université du Cap, Le Cap, Afrique du Sud

Jean Koko, MD

Université des Sciences de la Santé, Libreville, Gabon

Joycelyn Assimeng Dame, MBChB, FGCS, WACP

Hôpital universitaire de Korle Bu, Accra, Ghana

Ndèye Ramatoulaye Diagne Guèye, MD

Université de Thiès et Hôpital Diamniadiod'enfants, Thiès, Sénégal

Olubukola T. Idoko, MBBS, MSc, PhD

Conseil de recherche médicale, Gambie

Rodrick Richard Kisenge, MD, M.Med, PhD

Université de la santé et des sciences connexes de Muhimbili, Dar es Salaam, Tanzanie

Sabrina Bakeera Kitaka, MBChB; MMed, PhD

Collège Universitaire des Sciences de la Santé de Makerere et Hôpital National de Référence de Mulago, Kampala, Ouganda

Sara Abdelgalil, MBBS, FRCPC, MTROPaed

Hôpital universitaire de Norfolk et Norwich et Union des médecins de Soudan du Royaume-Uni, Norwich, Royaume-Uni

Tajudeen Raji, MBBS, FWACP, MPH

CDC Afrique, Addis-Abeba, Éthiopie

Tinsae Alemayehu, MD

Centre médical américain, Addis-Abeba, Éthiopie

Valéria Isabel Muando Chicamba, MD

Ministère de la Santé et Hôpital Central de Maputo, Maputo, Mozambique

Panel d'élaboration des directives de traitement pour adultes

Adrian Brink, MBChB, MMed

Université de Cape Town, Cape Town, Afrique du Sud

Engy Hamed, MPH

Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour la Méditerranée orientale, Le Caire, Égypte

Marc Mendelson*, PhD, FRCP (**Président du groupe d'experts*)

Hôpital Groote Schuur, Université de Cape Town, Cape Town, Afrique du Sud

Revathi Gunturu, MBBS, MD

Hôpital universitaire Aga Khan, Nairobi, Kenya

James Duah, MBCh.B, EMBA, MPH

Fondation Ford et Association chrétienne de santé du Ghana, Accra, Ghana

Mirfin Mpundu, DrPH

ReAct Afrique, Centre international pour les solutions antimicrobiennes, Université du KwaZulu Natal, Programme de découverte de médicaments AMR de Newton, Lusaka, Zambie

Moussa Seydi, MD

Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal

Otridah Kapon, MSc

Institut national de santé publique de Zambie, Lusaka, Zambie

Walter Fuller, MS, MD, MBA

Bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé pour l'Afrique, Brazzaville, République du Congo

Révisseurs externes

Guru V Bhoojwala, MBBS

Hôpital Victoria, Maurice (2010-2012) ; Hôpitaux et cliniques de l'Université de l'Iowa ; et Carver College of Medicine, Université de l'Iowa, Iowa City, Iowa, États-Unis

Kate Clezy, MBBS, FRACP

Médecins Sans Frontières, Centre opérationnel d'Amsterdam ; Commission d'excellence clinique, NSW Australie ; et Hôpital Prince of Wales, Sydney, Australie

Brian Eley, MBChB, FCPaed(SA), BSc

Hôpital pour enfants mémorial de la société de la Croix-Rouge et Université de Cape Town, Cape Town, Afrique du Sud

Amethyst Gillis, MSc

DAI, Yaoundé, Cameroun

Jesse Gitaka, MBChB, MTropMed, PhD

Université Mount Kenya, Thika, Kenya

Daphine Kanyunyuzi, MPH, BMed

École d'infirmières polyvalentes de Kabale, Kabale, Uganda

Aderemi Kehinde, MBChB, MPH, FMCPPath

Faculté de médecine, Université d'Ibadan; Hôpital du Collège universitaire; et Laboratoire national de référence, Hôpital universitaire, Ibadan, Nigéria

Beatrice Manka Mushi, PharmD

Bhealth Consultants, Dar es Salaam, Tanzania

Elizabeth Matthai, MBBS, MD, FRCPath, PhD
DAI, Newfoundland, Canada

Dooshaveer C. Nuckchady, MBBCh, MD, MIDSA, MACP
Hôpital Victoria, Ministère de la Santé et du Bien-être de Maurice, Quatre Bornes, Maurice

Charles Okot Odongo, BDS, MSc, PhD
Université de l'équité en santé mondiale, Kigali, Rwanda et Kampala, Ouganda

Samuel Okori, MFM
Hôpital St. John XXIII Aber, Lira City, Ouganda

Abdulazeez Bolaji Salahudeen, BPharm
Hi-Care Pharmacy Limited et Foresight Institute of Research and Translation, Ibadan, Nigeria

Viveka Nordberg, MD, PhD
Hôpital universitaire Karolinska, Stockholm, Suède et Initiative de santé pédiatrique, Dar es Salaam, Tanzanie

Martha Franklin Mkony, MD, MMed
Hôpital national et initiative de santé pédiatrique de Muhimbili, Dar es Salaam, Tanzanie et
Université de Capetown et hôpital de maternité Mowbray, Capetown, Afrique du Sud

Kughong Reuben Chia, MD
Clinique du centre de soins, Bamalang-Ndop, Cameroun

Rupa Kanapathipillai, MBBS, FRACP, DTM&H, MPH
Medecins Sans Frontieres (MSF)/Doctors Without Borders, New York, Etats-Unis

Senay Tesfay Gebremeskel, BPharm
Servier pharmaceutique, Addis-Abeba, Éthiopie

Constance Rumbidzayi Mutekeri, MPharm,
Hôpital universitaire de Fiducie NHS de Southampton et Association des pharmaciens du
Zimbabwe à l'étranger, Southampton, Royaume-Uni

Shingi Maritha Katsande-Mutamba, MPharm
Hôpital universitaire de Fiducie NHS de Southampton, Université de Portsmouth, et
Association des pharmaciens du Zimbabwe à l'étranger, Southampton, Royaume-Uni

Daniel Matache, BPharm, RPh
Collège des pharmaciens de l'Ontario, Association des pharmaciens du Zimbabwe à l'étran-
ger, Ontario, Canada

Uduak Okomo, MBBCh, FWACP(Pédiatrie), MSc, PhD
Unité MRC, la Gambie à la École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres, Fajara,
Gambie

Avant-propos

Bien qu'ils puissent être fabriqués pratiquement sans limite, les antimicrobiens sont, en fait, une ressource rare. L'utilisation excessive d'antimicrobiens sélectionne les micro-organismes qui échappent au traitement, rendant les antimicrobiens potentiellement inutiles. Reconnaisant la menace urgente que la résistance aux antimicrobiens (RAM) fait peser sur le continent, les Centres africains de contrôle des maladies (CDC) ont donné la priorité au contrôle de la résistance aux antimicrobiens (RAM) dans le cadre de leur première stratégie quinquennale, en mettant l'accent sur l'amélioration de la surveillance, le retard de l'émergence, la limitation de la transmission, et l'atténuation des dommages causés par les agents pathogènes de la RAM.

Les plans d'action mondiaux et nationaux sur la RAM font référence de manière uniforme à la nécessité pour les cliniciens d'utiliser les antimicrobiens « de manière appropriée », mais qu'est-ce que cela signifie ? Lorsqu'une personne se présente avec une maladie pouvant nécessiter des antimicrobiens, vers qui le clinicien doit-il se tourner pour décider du bon médicament, de la posologie et de la durée ?

Trop souvent, les cliniciens africains ont dû se tourner vers des orientations écrites loin du continent, des orientations qui ne reflètent pas l'épidémiologie et la sensibilité aux maladies infectieuses dans leurs propres communautés. Ce document représente une première tentative du continent africain pour s'approprier ce que signifie l'utilisation « appropriée » des antimicrobiens pour les Africains. CDC Afrique a réuni des experts de tout le continent pour examiner les données et faire des recommandations pour un large éventail de conditions pouvant nécessiter un traitement antimicrobien.

Grâce à ce processus, CDC Afrique et ses partenaires ont tiré trois leçons essentielles. Premièrement, il est urgent que les États membres renforcent la surveillance de la résistance aux antimicrobiens afin de garantir que les recommandations reposent sur une analyse opportune, complète et représentative des agents pathogènes. Deuxièmement, ce document doit être considéré comme une première ébauche qui nécessite une mise à jour continue basée sur les nouvelles données émergentes d'Afrique. Et, enfin, le continent est vaste et diversifié, et ce document doit être considéré comme un modèle pour les entités nationales et infranationales afin de développer et de mettre à jour sans cesse leurs propres directives en fonction des besoins des cliniciens et des patients dans leurs communautés.



A handwritten signature in black ink that reads "J. Nkengasong". The signature is written in a cursive, flowing style.

Dr. John Nkengasong

Directeur, Centres africains de contrôle et de prévention des maladies

Liste des acronymes

Pathogènes

| | |
|-------------------------|-------------------------------------|
| <i>A. baumannii</i> | <i>Acinetobacter baumannii</i> |
| <i>C. difficile</i> | <i>Clostridioides difficile</i> |
| <i>C. diphtheriae</i> | <i>Corynebacterium diphtheriae</i> |
| <i>C. trachomatis</i> | <i>Chlamydia trachomatis</i> |
| <i>E. coli</i> | <i>Escherichia coli</i> |
| <i>H. influenzae</i> | <i>Haemophilus influenzae</i> |
| <i>K. pneumoniae</i> | <i>Klebsiella pneumoniae</i> |
| <i>L. monocytogenes</i> | <i>Listeria monocytogenes</i> |
| <i>L. pneumophila</i> | <i>Legionella pneumophila</i> |
| <i>M. catarrhalis</i> | <i>Moraxella catarrhalis</i> |
| <i>N. gonorrhoeae</i> | <i>Neisseria gonorrhoeae</i> |
| <i>N. meningitidis</i> | <i>Neisseria meningitidis</i> |
| <i>P. aeruginosa</i> | <i>Pseudomonas aeruginosa</i> |
| <i>S. aureus</i> | <i>Staphylococcus aureus</i> |
| <i>S. enterica</i> | <i>Salmonella enterica</i> |
| <i>S. epidermidis</i> | <i>Staphylococcus epidermidis</i> |
| <i>S. marcescens</i> | <i>Serratia marcescens</i> |
| <i>S. pneumoniae</i> | <i>Streptococcus pneumoniae</i> |
| <i>S. pyogenes</i> | <i>Streptococcus pyogenes</i> |
| <i>S. saprophyticus</i> | <i>Staphylococcus saprophyticus</i> |

Clinique

| | |
|------|---|
| PAC | Pneumonie acquis dans la Communauté |
| cIAI | Infections intra-abdominales compliquées (IAI) |
| CMV | Cytomégalovirus |
| MOPC | Maladie pulmonaire obstructive chronique |
| CRP | Protéine C-réactive |
| LCR | Liquide céphalo-rachidien |
| HAP | Pneumonie (nosocomiale) acquise à l'hôpital (PAH) |
| HIV | Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) |
| IV | Intraveineuse |
| IM | Intramusculaire |
| MU | Millions d'unités |

| | |
|------|--|
| PCT | Procalcitonine |
| PO | Par Voie Orale |
| SSTI | Infection de la peau et des tissus mous (ITSS) |
| TB | Tuberculose |
| UTI | Infection des voies urinaires (IVU) |
| VP | Ventriculopéritonéale |

Unités de mesure

| | |
|----|---------------------|
| g | Gramme |
| IU | Unité international |
| kg | Kilogramme |
| mg | Milligramme |
| mL | Millilitre |

Autre

| | |
|------------|---|
| Africa CDC | Centres africains de prévention et de contrôle des maladies |
| ASP | Programme(s) de gestion des antibiotiques |
| AST | Test de sensibilité aux antibiotiques |
| AU | Union Africaine (UA) |
| AWaRe | Accédez, regardez et réservez |
| CDDEP | Centre pour la dynamique, Économie et politiques des maladies |
| COI | Conflits d'intérêts |
| MLEM | Liste modèle des médicaments essentiels |
| MoH | Ministère de la Santé |
| STG(s) | Directive(s) de traitement standard |
| WHO | Organisation mondiale de la santé (OMS) |

Partie I. Introduction

La résistance aux antibiotiques pose un défi de santé publique important, menaçant la capacité de guérir de nombreuses maladies infectieuses courantes. Partout en Afrique, la résistance aux antibiotiques est un défi documenté pour de nombreuses infections bactériennes, en particulier celles associées aux soins de santé.

En 2018, les Centres africains de contrôle et de prévention des maladies (CDC Afrique) ont publié leur stratégie visant à atténuer l'émergence et la propagation d'agents pathogènes résistants aux antibiotiques en Afrique. Lors d'un atelier en avril 2018, les États membres et les parties prenantes de l'Union africaine (UA) ont identifié les activités prioritaires pour la mise en œuvre du cadre du CDC africain pour le contrôle de la résistance aux antibiotiques. Pour atténuer les dommages, les participants ont noté que de nombreux pays africains manquent actuellement de directives définissant quand traiter les infections et quels agents antibiotiques appropriés utiliser. À l'exception de certaines maladies, telles que le VIH, la tuberculose et le paludisme, les prestataires de soins de santé doivent utiliser leur jugement individuel ou se fier aux directives élaborées en dehors de l'Afrique.

Pour combler cette lacune et encourager l'utilisation appropriée des antibiotiques dans le secteur de la santé humaine, le CDC Afrique et le Centre pour la dynamique, Économie et politiques des maladies (CDDEP) ont développé les directives africaines de traitement antibiotique suivantes pour les infections et les syndromes bactériens courants, première édition.

Le but de ces directives est de fournir aux professionnels de la santé des recommandations d'experts pour la sélection, la posologie et la durée du traitement des antibiotiques pour les infections et syndromes bactériens courants chez les populations de patients néonataux, pédiatriques et adultes en Afrique et de promouvoir l'utilisation appropriée des antibiotiques transmission et réduire la prévalence des agents pathogènes résistants aux antibiotiques. Les directives ci-jointes sont basées sur un examen systématique des normes nationales existantes ou des directives de traitement clinique, des données disponibles sur la résistance aux antibiotiques et de l'expertise clinique de groupes d'experts internationaux composés de médecins, de pharmaciens et d'autres cliniciens impliqués dans le traitement des maladies infectieuses. Les recommandations de traitement sont destinées à compléter les directives de traitement cliniques nationales et internationales existantes, lorsqu'elles sont disponibles, et à fournir un modèle pour une adaptation locale en leur absence. Les directives sont destinées aux cliniciens, infirmières, pharmaciens et autres personnels impliqués dans le traitement des maladies infectieuses ou la délivrance d'antibiotiques en Afrique.

La première édition des lignes directrices se concentre sur les infections bactériennes courantes et les syndromes cliniques qui reflètent les domaines de santé prioritaires des États membres de l'UA. Il est prévu que certains pays, zones infranationales et/ou établissements disposent déjà ou développeront des directives de traitement antibiotique, basées sur des données locales, l'épidémiologie et l'expertise clinique. Dans ces situations, CDC Afrique prévoit que les agents de santé s'appuieront sur les normes ou recommandations les plus pertinentes localement, éclairées par leur jugement clinique, lors de la sélection d'un agent antibiotique et de la détermination du dosage et de la durée du traitement.

CDC Afrique aspire à ce que ses directives servent également de modèle standardisé pour d'autres juridictions ou installations en Afrique qui développent leurs propres directives. Ce document décrit les méthodologies utilisées pour développer les lignes directrices de première édition et un protocole pour la mise à jour continue des lignes directrices. Ce protocole a été inspiré par le manuel 2018 de la Société des maladies infectieuses d'Amérique pour le développement de directives de pratique clinique (2018) et par le manuel de l'Organisation mondiale de la santé pour le développement de directives (2014)^{1, 2}. Le protocole a été revu et approuvé par les groupes d'experts.

1 **Société des maladies infectieuses d'Amérique. Manuel pour l'élaboration de directives de pratique clinique. 2018. Disponible sur:** <https://www.idsociety.org/practice-guideline/clinical-practice-guidelines-development-training-and-resources/>

2 **Organisation mondiale de la santé. Manuel d'élaboration de lignes directrices, 2e édition. 2014. Disponible sur:** <https://apps.who.int/iris/handle/10665/145714>

Partie 2. Méthodologies

Examen des directives nationales de traitement standard existantes et des données sur la résistance aux antibiotiques

Nous avons mené une revue pour identifier et obtenir les directives de traitement nationales ou standard (DTS) existantes pour le traitement des maladies infectieuses courantes dans les États membres de l'UA. Nous avons examiné les sites Web du ministère de la Santé (MdS) des États membres de l'UA ou des agences gouvernementales nationales équivalentes pour les DTS pertinents publiés dans n'importe quelle langue avant mars 2019 et contacté les points focaux dans les pays pour obtenir de l'aide afin d'identifier les DTS existants qui n'étaient pas facilement ou apparemment disponibles.

Les lignes directrices ont été incluses pour l'examen final seulement si elles contenaient des recommandations de traitement spécifiques à une maladie ou à un agent pathogène et si les recommandations d'antibiothérapie comprenaient le nom ou le type d'antibiotique, la posologie et la durée de l'antibiothérapie. Les directives couvrant exclusivement le VIH, le paludisme, la tuberculose et d'autres infections ou syndromes traités par les programmes nationaux ou verticaux de lutte contre les maladies en Afrique ont été exclues.

Au total, 28 DTS pertinents de 17 pays ont été identifiés et ont répondu à nos critères d'inclusion ; plusieurs pays avaient plus d'un STG publié (Figure 1).



Figure 1. Répartition géographique de 17 pays disposant de directives thérapeutiques standard (DTS) existantes répondant aux critères d'inclusion

Sur les 28 lignes directrices, 24 ont été publiées en français et 4 ont été publiées en anglais. L'année de publication (ou dernière mise à jour) allait de 2001 à 2018/19. Vingt directives ont fourni des recommandations de traitement pour les populations de patients adultes et pédiatriques, 5 ont fourni uniquement des directives spécifiques aux adultes et 3 ont fourni des recommandations pédiatriques uniquement (tableau 1).

Nous avons examiné chacune des 28 lignes directrices et compilé des informations sur les types d'infections et de syndromes cliniques inclus et sur les recommandations d'antibiothérapie pour chacune, y compris la sélection et la posologie des médicaments de première et de deuxième intention,

la durée du traitement et les principes de bonne gestion. Des sélections d'agents antibiotiques de la liste modèle des médicaments essentiels (MLEM, 21e liste, 2019) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et MLEM pour les enfants (7e liste ; 2019) ont également été compilées et utilisées pour faciliter l'évaluation de la disponibilité des médicaments à travers le continent.^{3,4}

De même, nous avons mené une revue pour identifier toutes les données disponibles sur la résistance aux antibiotiques, collectées entre janvier 2010 et juillet 2020, dans les populations de patients néonataux, pédiatriques et adultes dans les États membres de l'UA. Les taux de prévalence de la résistance aux antibiotiques pour toutes les combinaisons organisme-antibiotique, les manifestations de la maladie et les types d'échantillons ont été pris en compte, tout comme les données collectées dans divers contextes, notamment les services cliniques, les enquêtes sur les épidémies et les établissements de santé individuels.

Toutes les recommandations de traitement des DST existantes et les données disponibles sur la résistance aux antibiotiques ont été compilées et présentées à deux groupes d'experts qui ont élaboré les lignes directrices contenues dans ce document.

Dans l'ensemble, il y avait une grave pénurie de données disponibles sur la résistance aux antibiotiques, ce qui a empêché ces données d'être sérieusement prises en compte lors de l'élaboration de recommandations de traitement antibiotique. À l'avenir, avec une base de preuves plus solide, la prévalence de la résistance et les tendances au fil du temps au niveau de l'établissement, régional et national doivent être prises en compte lors de l'élaboration de directives de traitement.

Tableau 1. Résumé des directives thérapeutiques standard identifiées (n=28) qui répondaient aux critères d'inclusion

| Pays | Titre | Annéedepub- lication | Source/Éditeur | Adulte | Ped. |
|--------------|---|-------------------------|---|--------|------|
| Eswatini | Directives thérapeutiques standard et liste des médicaments essentiels des conditions médicales courantes dans le Royaume du Swaziland 1ère édition | 2012 | Ministère de la Santé (MdS) | X | X |
| Ethiopie | Ligne directrice sur la gestion des épidémies de choléra | 2011 | Institut éthiopien de recherche sur la santé et la nutrition | X | X |
| Ethiopie | Lignes directrices nationales pour la gestion des infections sexuellement transmissibles à l'aide d'une approche syndromique | 2015 | MdS | X | X |
| le Gambie | Le guide standard de traitement du médicamenten Gambie | 2001 | Département d'État chargé de la santé et de la protection sociale | X | X |

3 *Liste modèle de l'Organisation mondiale de la santé des médicaments essentiels, 21e liste, 2019. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2019. Disponible à partir de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325771/WHO-MVP-EMP-IAU-2019.06-eng.pdf?ua=1>*

4 *Liste modèle de l'Organisation mondiale de la santé des médicaments essentiels pour les enfants, 7e liste, 2019. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2019. Disponible à partir de: <https://www.who.int/publications/i/item/WHOMVPEMPIAU201907>*

| Pays | Titre | Annéedepub- lication | Source/Éditeur | Adulte | Ped. |
|---------------------|--|-------------------------|--|--------|------|
| Ghana | Directives de traitement standard Si- xième édition | 2010 | MdS | X | X |
| Kenya | Lignes directrices cliniques pour la gestion et la Référence des condi- tions courantes aux niveaux 4 à 6 : hôpitaux | 2009 | Ministère des Services médicaux et Ministère de la Santé publique et de l'Assainissement | X | X |
| Kenya | Lignes directrices sur la lutte contre le choléra | 2002 | Division de la surveil- lance et de la riposte aux maladies du ministère de la Santé | X | X |
| Libéria | 2e édition des directives thérapeu- tiques standard nationales et liste des médicaments essentiels - 2017 | 2017 | Ministère de la Santé | X | X |
| Malawi | Lignes directrices de traitement stan- dard du Malawi 5e édition 2015 | 2015 | Ministère de la Santé | X | X |
| Morocco | Directives de Prise en Charge de L'Enfant Malade de Moins de Cinq Ans | 2016 | Ministère de la Santé | | X |
| Nigeria | Directives de traitement standard Nigeria Deuxième édition | 2016 | Ministère de la Santé | X | X |
| les Sey- chelles | Lignes directrices sur les antibio- tiques pour la gestion des infections dans les hôpitaux | 2018- 2019 | Agence de soins de santé du ministère de la Santé | X | X |
| les Sey- chelles | Lignes directrices pour la prescription d'antibiotiques dans les services de soins de santé primaires | 2017- 2018 | Agence de soins de santé du ministère de la Santé | X | X |
| Afrique du Sud | Directives de traitement standard et liste des médicaments essentiels pour l'Afrique du Sud - Pédiatrie au niveau hospitalier | 2017 | Département natio- nal de la santé | | X |
| Afrique du Sud | Directives de traitement standard et liste des médicaments essentiels pour l'Afrique du Sud - Adultes de niveau hospitalier | 2015 | Département natio- nal de la santé | X | X |
| Afrique du Sud | Directives de traitement standard et liste des médicaments essentiels pour l'Afrique du Sud - Niveau des soins de santé primaires | 2018 | Département natio- nal de la santé | X | X |
| Afrique du Sud | Lignes directrices sur la lutte contre la lèpre en Afrique du Sud | 2011 | Département natio- nal de la santé | X | |

| Pays | Titre | Annéedepub- lication | Source/Éditeur | Adulte | Ped. |
|----------------|---|-------------------------|--|--------|------|
| Afrique du Sud | Listériose : recommandations cliniques pour le diagnostic et le traitement | 2017 | Institut national des maladies transmissibles | X | |
| Soudan | Lignes directrices nationales sur le traitement standard du Soudan | 2014 | Ministère de la Santé | X | X |
| Tanzanie | Directives de traitement standard et liste nationale des médicaments essentiels | 2017 | Ministère de la Santé, du Développement communautaire, du Genre, des Personnes âgées et des Enfants | X | X |
| Tunisie | Antibiothérapie des Infectious Osteo-Articulaires Aigues Communautaires a Pyogenes- Recommandations Nationales Février 2006 | 2006 | Ministère de la Santé Publique | X | |
| Tunisie | Antibiothérapie des Pyelonephrities Aigues Communautaires de L'Adulte | Non indiqué | Ministère de la Recherche Scientifique, Direction de la Pharmacie, Société Tunisienne des Sciences Médicales, etc. | X | |
| Tunisie | L'Antibiothérapie dans les Infections Respiratoires Basses Acquises de L'Adulte Traitee en Ville | Non indiqué | Non indiqué | X | |
| Ouganda | Prévention et contrôle du choléra | 2017 | Ministère de la Santé | X | X |
| Ouganda | Directives cliniques de l'Ouganda 2016 : Directives nationales pour la gestion des conditions courantes | 2016 | Ministère de la Santé | X | X |
| Zambie | Directives de traitement standard, liste des médicaments essentiels et liste des fournitures de laboratoire essentielles pour la Zambie | 2013 | Ministère de la Santé | X | X |
| Zambie | Lignes directrices sur les soins essentiels du nouveau-né | 2014 | Ministère du Développement communautaire, de la Santé maternelle et infantile | | X |
| Zimbabwe | 7e liste des médicaments essentiels et directives de traitement standard pour le Zimbabwe | 2015 | Ministère de la Santé et de la Protection de l'enfance | X | X |

Convoquant un groupe d'élaboration de lignes directrices

Deux groupes d'experts ont été formés pour élaborer des recommandations de traitement pour les populations de patients adultes et néonataux/pédiatriques, respectivement. Lors de la sélection des panélistes, nous nous sommes efforcés d'atteindre un équilibre entre les sexes, d'inclure un large éventail de spécialités cliniques et de professions, et de nous assurer que le groupe était représentatif de chaque région africaine. Tous les panélistes participants ont été invités à signaler tout conflit d'intérêts (COI) potentiel, y compris la propriété intellectuelle et les liens financiers avec les sociétés pharmaceutiques. Aucun de ces COI n'a été identifié.

Le premier comité, composé de neuf cliniciens, s'est réuni en août 2019 au siège de l'UA à Addis-Abeba, en Éthiopie, pour élaborer des recommandations de traitement pour les populations de patients adultes. Un comité ultérieur, composé de 19 experts, s'est tenu via un webinaire virtuel en octobre 2020 pour élaborer des recommandations de traitement pour les patients pédiatriques. Chaque comité a examiné les données compilées sur la résistance aux antibiotiques et les recommandations de traitement des Directive(s) de traitement standard existantes, a sélectionné les infections et les syndromes bactériens à inclure dans les directives de la première édition et a élaboré des recommandations de traitement consensuelles. À la suite des réunions initiales, les panélistes ont eu l'occasion d'examiner les ébauches des lignes directrices et de fournir d'autres commentaires avant que les lignes directrices ne soient publiées pour examen externe. Les panélistes ont également fourni des commentaires sur les méthodologies utilisées pour développer ces lignes directrices et le protocole décrit pour mettre continuellement à jour ces lignes directrices.

Diffusion des lignes directrices

Le CDDEP et le CDC Afrique hébergeront et maintiendront une plate-forme Web conviviale qui affichera la sélection d'antibiotiques, le dosage et la durée des recommandations de traitement élaborées par les groupes d'experts. Le site Web affichant une base de données des Directive(s) de traitement standard et les directives de traitement de la première édition sont disponibles aux sites suivants :

- africaguidelines.cddep.org
- africacdc.org/african-antibiotic-treatment-guidelines-for-common-bacterial-infections-and-syndromes/

Protocole de mise à jour continue des lignes directrices

Pour s'assurer que les Lignes directrices africaines sur le traitement antibiotique continuent de refléter les domaines de santé prioritaires des États membres de l'UA et les Directive(s) de traitement standard existantes, nouvellement publiés ou mis à jour, le CDDEP et le CDC Afrique procéderont à un examen systématique annuel, selon les méthodologies approuvées par les groupes d'experts, pour identifier des lignes directrices répondant aux critères d'inclusion du projet. Des directives nouvelles ou mises à jour seront examinées et des informations sur les méthodologies et les thérapies antibiotiques recommandées seront ajoutées à une base de données électronique existante. De plus, les données disponibles sur la résistance aux antibiotiques seront continuellement compilées et analysées. Enfin, un groupe d'experts multidisciplinaire se réunira tous les cinq ans pour examiner les nouvelles données nationales disponibles sur la résistance aux antibiotiques et les recommandations de traitement antibiotique et pour mettre à jour ces lignes directrices si nécessaire.

Partie 3. Principes d'intendance

Les antibiotiques sont des ressources rares et doivent être utilisés judicieusement pour la gestion des maladies infectieuses. Malheureusement, le manque de réglementations et de conseils pour l'utilisation appropriée des antibiotiques a contribué à l'augmentation de la consommation d'antibiotiques dans les secteurs de la santé humaine et animale. La mauvaise utilisation et la surutilisation des antibiotiques dans ces secteurs sont les principaux moteurs de la résistance aux antibiotiques. Des études antérieures ont montré que des antibiotiques cliniquement inappropriés sont prescrits dans un grand nombre de cas^{5,6,7}. De plus, la consommation est plus élevée dans les pays africains, ce qui peut refléter le fardeau plus élevé des maladies infectieuses⁸.

Il est urgent de mettre en œuvre des programmes efficaces de gestion des antibiotiques (ASP) basés sur les établissements et nationaux qui intègrent la prévention et le contrôle des infections, le diagnostic clinique et la gestion des maladies.

Le développement et la mise en œuvre des Directive(s) de traitement standardsont précieux pour l'institutionnalisation d'une gestion des antibiotiques hospitalier. Les considérations importantes pour l'utilisation des antibiotiques comprennent la sélection des médicaments en tenant compte du spectre d'activité des antibiotiques, du profil des effets indésirables et de la disponibilité de formulations spécifiques (y compris celles applicables aux jeunes enfants), de la probabilité de résistance aux antibiotiques, de la voie d'administration, de la posologie et de la durée du traitement. La décision de commencer et de poursuivre l'antibiothérapie doit être fondée sur des indications claires, y compris les résultats de diagnostic et de surveillance en laboratoire et clinique.

Dans l'ensemble, les prescripteurs doivent d'abord envisager un traitement avec des antibiotiques cliniquement appropriés figurant sur la liste d'accès de l'OMS et recourir à un traitement avec des antibiotiques Regardés et réservésuniquement dans les cas de résistance documentée ou d'indisponibilité du médicament⁹. L'utilisation de thérapies combinées à dose fixe ne doit être utilisée que lorsqu'elles sont cliniquement appropriées et nécessaires. Une réévaluation du traitement est essentielle une fois les résultats de laboratoire disponibles obtenus, et les options de désescalade des antibiotiques à large spectre vers des antibiotiques à spectre plus étroit doivent être envisagées si les résultats de la culture microbiologique et des tests de sensibilité aux antibiotiques le permettent. Les thérapies antibiotiques doivent être utilisées parallèlement à d'autres interventions appropriées telles que le contrôle précoce et efficace des sources.

Parallèlement à d'autres interventions de gestion des antibiotiques, l'élaboration et la mise en œuvre des directives, en particulier lorsqu'elles sont éclairées par des données locales, offrent une opportunité de réduire l'utilisation d'antibiotiques. Des études antérieures ont rapporté que des lignes directrices cliniques qui fournissent des recommandations explicites pour le traitement des maladies infectieuses et aident à la prise de décision clinique, non seulement réduisent la

5 Grijalva CG, Nuorti JP, Griffin MR. Taux de prescription d'antibiotiques pour les infections aiguës des voies respiratoires en milieu ambulatoire aux États-Unis. *JAMA*;2009; 302(7):758-66. Doi: 10.1001/jama.2009.1163

6 Milani R V, Wilt JK, Entwisle J, Hand J, Cazabon P, Bohan JG. Réduction de la prescription inappropriée d'antibiotiques en ambulatoire: comparaison normative à l'aide de rapports de fournisseurs sans aveugle. *BMJ Qualité ouverte*. 2019; 8(1):e000351. Doi: 10.1136/bmjopen-2018-000351

7 Fleming-Dutra KE, Hersh AL, Shapiro DJ, Bartoces M, Enns EA, File TM, Finkelstein JA, Gerber JS, Hyun DY, Linder JA, Lynfield R. Prévalence des prescriptions d'antibiotiques inappropriées parmi les visites de soins ambulatoires aux États-Unis,2010-2011. *Jama*. 2016 Mai3;315(17):1864-73.

8 Versporten A, Zarb P, Caniaux I, Gros MF, Drapier N, Miller M, et al. Consommation et résistance aux antibiotiques chez les patients hospitalisés adultes dans 53 pays : résultats d'une enquête mondiale sur la prévalence ponctuelle basée sur Internet. *The Lancet Global Health*.2018; 6(6):e619-629. Doi: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30186-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30186-4).

9 Organisation mondiale de la santé. AWaRe. Disponible depuis:<https://adoptaware.org/>

prescription inappropriée d'antibiotiques, mais améliorent également la qualité des soins^{10,11}.

Les principes de gestion pertinents propres à une maladie ou à une infection sont décrits tout au long des recommandations de traitement. Dans la mesure du possible, les cliniciens doivent chercher à obtenir des cultures d'échantillons de patients pertinents avant le début du traitement et effectuer un diagnostic microbiologique, une identification des agents pathogènes et des tests de sensibilité aux antibiotiques (AST). Cependant, dans les situations où un patient présente une infection grave diagnostiquée cliniquement, le traitement ne doit pas être retardé jusqu'à ce que ces résultats soient disponibles.

Si les services de tests de laboratoire ne sont pas disponibles et que la présentation clinique indique une étiologie virale, les cliniciens peuvent envisager de pratiquer une attente vigilante et de retarder le début du traitement avec des antibiotiques. Cependant, les lignes directrices n'ont pas l'intention d'annuler le jugement clinique et un traitement rapide doit être instauré en cas d'infections graves ou de sepsis suspecté. Enfin, les cliniciens devraient envisager un diagnostic clinique d'autres infections (par exemple, la tuberculose, le VIH, le paludisme, etc.) dans les zones endémiques ou à forte charge.

10 Fernández González F, Detrés J, Torrellas P, Balleste CR. Comparaison de l'utilisation appropriée des antibiotiques basée sur les directives cliniques entre les médecins en formation et les médecins en exercice. *Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico*. 2013; 105(3):21-24.

11 de With K, Allerberger F, Amann S, Apfalter P, Brodt HR, Eckmanns T, et al. Stratégies pour améliorer l'utilisation rationnelle des antibiotiques à l'hôpital : une directive de la Société allemande pour les maladies infectieuses. *Infection*. 2016; 44(3): 395-439. Doi: 10.1007/s15010-016-0885-z.

Partie 4. Comment utiliser ces directives

Les directives de traitement suivantes fournissent des recommandations pour une antibiothérapie empirique pour les infections et les syndromes bactériens courants. L'antibiothérapie empirique fait référence à un choix approprié d'un ou plusieurs antibiotiques pour traiter une infection pour laquelle un diagnostic étiologique spécifique (identification d'un agent pathogène sur un échantillon de patient approprié et tests de sensibilité aux antibiotiques (AST)) n'a pas été fait. L'antibiothérapie empirique cible le(s) pathogène(s) le plus probable pour le(s) site(s) d'infection, fait correspondre idéalement l'antibiotique unique à spectre le plus étroit avec le(s) pathogène(s) probable(s), évalue la probabilité de résistance aux antibiotiques (par ex. exposition récente aux antibiotiques ou hospitalisation), prend en compte les contre-indications potentielles, y compris les allergies et les toxicités médicamenteuses, et sélectionne un antibiotique avec une pénétration adéquate des tissus cibles.

Des définitions cliniques, y compris les symptômes de présentation courants et les bactéries responsables, sont fournies pour chaque syndrome ou infection, de même que les principes de gestion pertinents et d'autres notes cliniques ; cependant, ces notes ne sont pas censées être exhaustives. Il est important de noter que des conseils de diagnostic clinique complets ne sont pas fournis étant donné la portée des lignes directrices du traitement empirique, et les thérapies médicales et les traitements en dehors de l'antibiothérapie (par exemple, gestion de la douleur ou intervention chirurgicale) sont exclus.

Le choix, la posologie et la durée de l'antibiotique préféré doivent être suivis quand c'est possible. Ne s'en remettre aux traitements alternatifs que si le choix antibiotique préféré n'est pas disponible ou s'il existe d'autres raisons impérieuses empêchant l'utilisation de l'antibiotique préféré.

Lorsqu'une thérapie d'abaissement est recommandée, la durée est la durée totale du traitement, y compris le traitement intraveineux (IV).

Sauf indication contraire, toutes les formulations d'antibiotiques décrites dans les recommandations de traitement suivent celles de l'OMS MLEM et de l'OMS MLEM pour les enfants^{12,13}.

Pour les groupes d'âge néonataux et pédiatriques, les définitions suivantes sont généralement suivies, sauf indication contraire ; pour les patients de 20 ans et plus, se référer aux recommandations thérapeutiques pour adultes :

| | |
|---------------|---|
| Nouveau-né(e) | Moins de 28 jours ou si né prématurément, moins de 42 semaines d'âge gestationnel corrigé |
| Bébé | Moins de 1 an |
| Enfant | Moins de 10 ans |
| Adolescent(e) | 10 - 19 ans |

¹² Liste modèle de l'Organisation mondiale de la santé des médicaments essentiels, 21e liste, 2019. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2019. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325771/WHO-MVP-EMP-IAU-2019.06-eng.pdf?ua=1>

¹³ Liste modèle de l'Organisation mondiale de la santé des médicaments essentiels pour les enfants, 7e liste, 2019. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2019. Disponible sur : <https://www.who.int/publications/item/WHOMVPEMPIAU201907>

Partie 5. Traitements antibiotiques recommandés pour les infections et syndromes bactériens courants chez les patients néonataux et pédiatriques

Système nerveux central

| Méningite bactérienne aiguë suspectée(acquise dans la communauté) | | | |
|--|--|--|--|
| <p><u>Définition clinique</u> :Inflammation des méninges du cerveau et de la moelle épinière. Les caractéristiques cliniques peuvent être non spécifiques chez les nouveau-nés et les jeunes nourrissons (par exemple, mauvaise alimentation, apathie, ictère, apnée, fontanelle pleine, fièvre, hypothermie) et chez les nourrissons plus âgés peuvent inclure irritabilité, somnolence, mauvaise alimentation, fièvre élevée et/ou vomissements . Les enfants plus âgés peuvent présenter de la même manière que les adultes des maux de tête, de la fièvre, une photophobie, des vomissements, une raideur de la nuque et/ou une altération du niveau de conscience. Les agents pathogènes bactériens courants chez les nouveau-nés et les jeunes nourrissons comprennent <i>Streptococcus agalactiae</i> (streptocoque du groupe B), <i>E. coli</i>, les espèces <i>Klebsiella</i>, <i>L. monocytogenes</i> et chez les nourrissons plus âgés et les enfants : <i>S. pneumoniae</i>, <i>H. influenzae</i> et <i>N. meningitidis</i>.</p> | | | |
| Nouveau-né(e) | | | |
| Choix antibiotique préféré | | | |
| Medicament(s) | Formulation | Dosage | Durée |
| Thérapie combinée avec : Céfotaxime (IV) PLUS Ampicilline (IV) | Céfotaxime- Poudre pour injection : 250 ou 500 mg par flacon (sous forme de sel de sodium) | <ul style="list-style-type: none"> ○ Première semaine de vie (7 jours ou moins) : 50 mg/kg/dose toutes les 12 heures ○ 8-20 jours : 50 mg/kg/dose toutes les 8 heures ○ 21 days & older: 50 mg/kg/dose 6 hourly | Traiter avec de l'ampicilline (pour la couverture de Listeria) jusqu'à ce que les résultats de la culture du LCR confirment l'étiologie. Si la culture du LCR n'est pas disponible, traiter avec du céfotaxime plus ampicilline pendant 14 à 21 jours. |
| | Ampicilline - Poudre pour injection : 500 mg, 1 g (sous forme de sel de sodium) en flacon | <ul style="list-style-type: none"> ○ Première semaine de vie (7 jours ou moins) : 100 mg/kg/dose toutes les 8 heures ○ 8 jours et plus : 100 mg/kg/dose toutes les 6 heures | |
| Si le céfotaxime n'est pas disponible, utilisez | | | |

| | | | |
|---|--|--|---|
| Thérapie combinée avec : Ceftriaxone (IV) PLUS Ampicilline (IV) (Sauf chez les nouveau-nés atteints d'ictère et les nouveau-nés recevant des solutions IV contenant du calcium) | Poudre pour injection: 250 mg ; 1 g (sous forme de sel de sodium) en flacon | 50 mg/kg/dose toutes les 12 heures | Traiter avec de l'ampicilline (pour la couverture de Listeria) jusqu'à ce que les résultats de la culture du LCR confirment l'étiologie. Si la culture du LCR n'est pas disponible, traiter avec de la ceftriaxone et de l'ampicilline pendant 14 à 21 jours. |
| Ampicilline - Poudre pour injection : 500 mg, 1 g (sous forme de sel de sodium) en flacon | <ul style="list-style-type: none"> ○ Première semaine de la vie (7 jours ou moins) : 100 mg/kg/dose toutes les 8 heures ○ 8 jours et plus : 100 mg/kg/dose toutes les 6 heures | | |
| Nourrisson (plus de 28 jours), enfant et adolescent | | | |
| Choix antibiotique préféré | | | |
| Medicament | Formulation ¹ | Dosage | Durée |
| Ceftriaxone (IV) | Poudre pour l'injection : 250 mg ; 1 g (sous forme de sel de sodium) en flacon | 50 mg/kg/dose toutes les 12 heures, dose maximale 2 g toutes les 12 heures | 10 – 14 jours |
| Choix d'antibiotique alternatif uniquement si cefotaxime/ceftriaxone n'est pas disponible | | | |
| Ampicilline (IV) | Poudre injectable : 500 mg ; 1 g (sous forme de sel de sodium) en flacon | 50 mg/kg/dose toutes les 6 heures, dose maximale : 2 g toutes les 6 heures | 10 – 14 jours |

Principes d'intendance :

- La méningite aiguë peut être causée par une gamme d'agents pathogènes, dont certains ne sont pas des bactéries. Le diagnostic microbiologique, y compris la coloration de Gram/microscopie du LCR, la culture bactérienne et les tests de sensibilité aux antibiotiques (AST) doivent être obtenus dès que possible, si disponible, car cela peut permettre d'ajuster le traitement antibiotique empirique pour cibler l'agent pathogène spécifique identifié et informer la durée du traitement. En l'absence d'un résultat positif de culture du LCR ou de test de réaction en chaîne par polymérase (PCR), un résultat d'hémoculture positif ainsi qu'une numération cellulaire du LCR et une chimie suggérant une méningite bactérienne peuvent être utiles pour guider la sélection des antibiotiques et la durée du traitement. Bien que les directives diffèrent dans les recommandations de durée de traitement pour des agents pathogènes spécifiques, une recommandation générale pour la méningite non compliquée est les organismes Gram négatif et *Listeria* 21 jours, *Streptococcus* du groupe B 14-21 jours, *S. pneumoniae* 10-14 jours, *H. influenzae* 7-10 jours, *N. meningitidis* 5-7 jours.
- Chez les patients avec une culture de LCR positive, répéter la ponction lombaire toutes les 24 à 48 heures après le début du traitement antimicrobien pour documenter la stérilisation du LCR est utile (en particulier chez les nouveau-nés) car une stérilisation retardée peut être une indication de complications telles qu'un foyer purulent nécessitant une intervention ou la résistance antibiotique.
- Si le Liquide cérébro-spinal est obtenu et n'est pas compatible avec une méningite (par exemple, absence de cellules et chimie normale), les antibiotiques doivent être arrêtés ou ajustés selon qu'un diagnostic alternatif a été atteint.
- Envisager des tests de diagnostic pour tuberculose et la méningite cryptococcique, en particulier dans les zones à forte prévalence de VIH.

Autres notes:

- Les complications comprennent l'empyème sous-dural et l'abcès cérébral qui peuvent nécessiter une intervention neurochirurgicale en plus du traitement avec la thérapie antimicrobienne mentionnée ci-dessus.
- Chez les enfants et les adolescents présentant un shunt ventriculopéritonéal (VP) présentant une méningite, demander l'avis d'un expert et orienter le patient vers un spécialiste si possible.

Tête, œil, oreille, nez et gorge

Conjonctivite néonatale purulente aiguë

Définition clinique: Inflammation de la conjonctive généralement causée par *N. gonorrhoeae*.

Nouveau-né(e)

Choix antibiotique préféré

| Medicament | Formulation | Dosage | Durée |
|------------------|--|---|----------------|
| Ceftriaxone (IM) | Poudre injectable : 250 mg ; 1 g (sous forme de sel de sodium) en flacon | 50 mg/kg IMMEDIATEMENT (STAT) dans une seule dose | Une seule dose |

Principes d'intendance :

- > Aucun.

Autres notes:

- > Irriguer fréquemment avec de la saline et traiter avec une thérapie topique au besoin.

| Otite moyenne aiguë | | | |
|---|---|---|--------------|
| <p><u>Définition clinique:</u> Infection aiguë avec inflammation de l'oreille moyenne. Les symptômes courants sont la fièvre, les douleurs aux oreilles, les écoulements auriculaires et la difficulté à entendre. Les agents pathogènes bactériens courants comprennent <i>S. pneumoniae</i>, <i>H. influenzae</i> et <i>M. catarrhalis</i>.</p> | | | |
| Nourrisson, enfant et adolescent | | | |
| Choix antibiotique préféré | | | |
| Medicament | Formulation | Dosage | Durée |
| Amoxicilline(PO) ^A | Poudre pour liquide oral : 125 mg (sous forme de trihydrate) /5 ml ; 250 mg (sous forme de trihydrate) /5 ml; Forme posologique orale solide : 250 mg ; 500 mg (sous forme de trihydrate) | 40-45 mg/kg/dose 12 heures, dose maximale 1,5 g toutes 12 heures | 5 – 10 jours |
| Pour les patients qui ont reçu de l'amoxicilline au cours des 30 jours précédents ou pour ceux qui ne répondent pas au traitement de première intention par l'amoxicilline après 48 à 72 heures | | | |
| Amoxicilline + acide clavulanique(PO) ^A | Liquide oral : 125 mg d'amoxicilline + 31,25 mg d'acide clavulanique/5 mL ; 250 mg d'amoxicilline + 62,5 mg d'acide clavulanique/5 mL ; Comprimé : 500 mg (sous forme de trihydrate) + 125 mg (sous forme de sel de potassium). | 40 à 45 mg/kg de composant amoxicilline par dose toutes les 12 heures, dose maximale de composant amoxicilline : 875 mg toutes les 12 heures.(Reportez-vous aux autres notes ^B ci-dessous pour obtenir des conseils sur le dosage précis.) | 5 – 10 jours |
| En cas d'allergie médicamenteuse confirmée ou de contre-indication médicale | | | |
| Azithromycine ^C | Liquide oral : 200 mg/5 mL ; Gélule : 250 mg ; 500 mg (anhydre). | 10 mg/kg une fois par jour, dose quotidienne maximale 500 mg | 3 – 5 jours |
| Principes d'intendance : | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> > Pratiquez une attente vigilante et retenez les antibiotiques, sauf pour les patients présentant des symptômes graves, ceux de moins de 2 ans et les patients présentant une maladie bilatérale. > Des traitements d'antibiotiques répétées chez les enfants atteints d'otite moyenne chronique et/ou d'otorrhée sont inefficaces et doivent être évitées. L'avis d'un expert ou l'orientation vers un spécialiste ORL et un audiolgiste, le cas échéant, doivent être envisagés. | | | |

Autres notes:

- A. Si un patient ne tolère pas les antibiotiques oraux (par exemple, vomissements persistants), des antibiotiques IV ou IM peuvent être envisagés :
- Ampicilline (25 mg/kg/dose toutes les 6 heures, dose maximale : 500 mg toutes les 6 heures), ou
 - Ceftriaxone (50 mg/kg/dose une fois par jour, dose maximale : 1 g par jour)
- B. Les formulations liquides orales actuelles, largement disponibles, contiennent de l'amoxicilline + de l'acide clavulanique dans un rapport de 4:1. Pour obtenir 40-45 mg/kg/dose de composant amoxicilline, lors de l'utilisation de la formulation 4:1, prescrire amoxicilline + acide clavulanique 10-15 mg/kg/dose de composant amoxicilline toutes les 12 heures et prescrire séparément amoxicilline 30-35 mg/kg /dose toutes les 12 heures afin de ne pas dépasser la dose maximale recommandée d'acide clavulanique (10 mg/kg/jour) réduisant ainsi le risque de diarrhée associée aux antibiotiques.
- Si des formulations liquides orales avec une dose plus élevée d'amoxicilline sont disponibles (rapport 7:1 – 400 mg d'amoxicilline + 57,5 mg d'acide clavulanique/5 ml, ou rapport 14:1 – 600 mg d'amoxicilline + 42,9 mg d'acide clavulanique/5 ml), ceux-ci peuvent être dosés à une dose de 40-45 mg/kg de composant amoxicilline toutes les 12 heures sans prescription séparée d'amoxicilline (la dose d'acide clavulanique ne sera pas dépassée). Si la formulation en comprimés au rapport 7:1 est disponible (875 mg d'amoxicilline + 125 mg d'acide clavulanique), elle peut être prescrite toutes les 12 heures pour les enfants pesant 25 kg ou plus.
- C. Si un patient échoue au traitement par macrolides, envisagez la ceftriaxone ou orientez vers un spécialiste.

Pharyngo-amygdalite

Définition clinique: Inflammation aiguë de la paroi pharyngée et des amygdales généralement causée par des agents pathogènes viraux, notamment des virus respiratoires et le virus d'Epstein-Barr. Les étiologies bactériennes courantes comprennent les streptocoques bêta-hémolytiques du groupe A (*S. pyogenes*). Les symptômes courants comprennent des maux de gorge et de la fièvre.

Enfant & Adolescent

Choix antibiotique préféré

| Medicament | Formulation | Dosage | Durée |
|-------------------------------|--|---|----------|
| Amoxicilline(PO) ^A | Poudre pour liquide oral : 125 mg (sous forme de trihydrate)/5 ml ; 250 mg (sous forme de trihydrate)/5 ml; Forme posologique orale solide : 250 mg ; 500 mg (sous forme de trihydrate). | 50 mg/kg une fois par jour, dose maximale 2 g | 10 jours |

Choix d'antibiotiques alternatifs

| | | | |
|---|--|--|----------------|
| Benzathine benzylpénicilline(IM) ^B | Poudre pour injection : 900 mg de benzylpénicilline (=1,2 million d'unités) en flacon de 5 mL ; 1,44 g de benzylpénicilline (= 2,4 millions d'unités) dans un flacon de 5 ml | Par poids: <ul style="list-style-type: none"> ○ <27 kg : 600 000 unités (375 mg) dans une seule dose ○ 27 kg et plus : 1,2 million d'unités (750 mg) dans une seule dose | Une seule dose |
|---|--|--|----------------|

En cas d'allergie médicamenteuse confirmée ou de contre-indication médicale

| | | | |
|--------------------------------|---|---|---------|
| Azithromycine(PO) ^C | Liquide oral : 200 mg/5 ml. Gélule : 250 mg ; 500 mg (anhydre). | 10 mg/kg une fois par jour, dose maximale 500 mg par jour | 5 jours |
|--------------------------------|---|---|---------|

Principes d'intendance :

- La pharyngite aiguë virale et bactérienne se résout généralement sans traitement antibiotique, mais la principale raison d'envisager un traitement antibiotique est de prévenir le rhumatisme articulaire aigu (et dans une moindre mesure les complications suppuratives locales)
- Les caractéristiques cliniques suggérant une cause virale plutôt que bactérienne de la pharyngo-amygdalite comprennent l'écoulement nasal, la voix rauque ou les cris, la toux, la conjonctivite, des lésions ulcéreuses buccales discrètes et la diarrhée. Dans ces cas, évitez l'utilisation d'antibiotiques.
- Les enfants de moins de 3 ans ne doivent pas recevoir d'antibiotiques dans le cadre du traitement de la pharyngo-amygdalite car ils ne présentent pas de risque significatif de rhumatisme articulaire aigu.

Autres notes:

- A. Si un patient ne tolère pas les antibiotiques oraux (par exemple, vomissements persistants), des antibiotiques IV ou IM peuvent être envisagés :
 - Ampicilline (25 mg/kg/dose toutes les 6 heures, dose maximale : 500 mg toutes les 6 heures), ou
 - Ceftriaxone (50 mg/kg/dose une fois par jour, dose maximale : 1 g par jour)
- B. L'administration IM douloureuse de benzathine benzylpénicilline peut être réduite en dissolvant 1,2 million d'unités de benzathine benzylpénicilline dans 3,2 ml de lidocaïne à 1 % sans adrénaline (épinéphrine) et en ramenant la préparation à température ambiante avant l'injection.
- C. Des taux significatifs de résistance des souches de streptocoques du groupe A aux macrolides (azithromycine) et aux azalides (clarithromycine) ont été signalés dans de nombreuses régions du monde. Si le patient échoue au traitement avec un macrolide ou un azalide, envisagez la ceftriaxone ou orientez à un spécialiste.

Sinusite bactérienne aiguë suspectée

Infection bactérienne aiguë des sinus para-nasaux. Les agents pathogènes bactériens courants comprennent *S. pneumoniae*, *H. influenzae* et *M. catarrhalis*. Les symptômes comprennent une infection antérieure des voies respiratoires supérieures, de la fièvre, une congestion nasale, un écoulement nasal, une douleur et une sensibilité faciales. Peu fréquent chez les enfants, en particulier chez les jeunes enfants chez qui les sinus ne sont pas complètement développés.

Nourrisson, enfant et adolescent

| Choix antibiotique préféré | | | |
|---|---|---|-------------|
| Medicament | Formulation | Dosage | Durée |
| Amoxicilline(PO) ^A | Poudre pour liquide oral : 125 mg (sous forme de trihydrate) /5 ml ; 250 mg (sous forme de trihydrate) /5 ml; Forme posologique orale solide : 250 mg ; 500 mg (sous forme de trihydrate) | 40 – 45 mg/kg/dose toutes les 12 heures, dose maximale 1,5 g toutes les 12 heures | 5 – 7 jours |
| Pour les patients qui ont reçu de l'amoxicilline au cours des 30 jours précédents, ou pour ceux qui ne répondent pas au traitement de première intention par l'amoxicilline après 48 à 72 heures. | | | |
| Amoxicilline + acide clavulanique(PO) ^A | Liquide oral : 125 mg d'amoxicilline + 31,25 mg d'acide clavulanique/5 mL ; 250 mg d'amoxicilline + 62,5 mg d'acide clavulanique/5 mL ; Comprimé : 500 mg (sous forme de trihydrate) + 125 mg (sous forme de sel de potassium). | 40 à 45 mg/kg de composant amoxicilline par dose toutes les 12 heures, dose maximale de composant amoxicilline : 875 mg toutes les 12 heures. (Reportez-vous aux Autres notes ^B ci-dessous pour obtenir des conseils sur le dosage précis) | 5 – 7 jours |
| En cas d'allergie médicamenteuse confirmée ou de contre-indication médicale | | | |
| Azithromycine(PO) ^C | Liquide oral : 200 mg/5 mL ; Gélule : 250 mg ; 500 mg (anhydre). | 10 mg/kg une fois par jour, dose maximale 500 mg par jour | 5 jours |
| Principes d'intendance : | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> > Pratiquez une attente vigilante et suspendez les antibiotiques, sauf pour les patients présentant des symptômes graves. Pour les cas graves ou une mauvaise réponse au traitement initial, des conseils d'experts et une imagerie radiologique peuvent être nécessaires pour exclure une extension intracrânienne. | | | |

Autres notes:

- A. Si un patient ne tolère pas les antibiotiques oraux (par exemple, vomissements persistants), des antibiotiques IV ou IM peuvent être envisagés :
- Ampicilline (25 mg/kg/dose toutes les 6 heures, dose maximale : 500 mg toutes les 6 heures), ou
 - Ceftriaxone (50 mg/kg/dose une fois par jour, dose maximale : 1 g)
- B. Les formulations liquides orales actuelles, largement disponibles, contiennent de l'amoxicilline + de l'acide clavulanique dans un rapport de 4:1. Pour obtenir 40-45 mg/kg/dose de composant amoxicilline, lors de l'utilisation de la formulation 4:1, prescrire amoxicilline + acide clavulanique 10-15 mg/kg/dose de composant amoxicilline toutes les 12 heures et prescrire séparément amoxicilline 30-35 mg/kg /dose toutes les 12 heures afin de ne pas dépasser la dose maximale recommandée d'acide clavulanique (10 mg/kg/jour) réduisant ainsi le risque de diarrhée associée aux antibiotiques.
- Si des formulations liquides orales avec une dose plus élevée d'amoxicilline sont disponibles (rapport 7:1 – 400 mg d'amoxicilline + 57,5 mg d'acide clavulanique/5 ml, ou rapport 14:1 – 600 mg d'amoxicilline + 42,9 mg d'acide clavulanique/5 ml), celles-ci peuvent être dosée à une dose de 40-45 mg/kg de composant amoxicilline toutes les 12 heures sans prescription séparée d'amoxicilline (la dose d'acide clavulanique ne sera pas dépassée). Si la formulation en comprimés au rapport 7:1 est disponible (875 mg d'amoxicilline + 125 mg d'acide clavulanique), elle peut être prescrite toutes les 12 heures pour les enfants pesant 25 kg ou plus.
- C. Si le patient échoue au traitement par macrolides, envisager la ceftriaxone ou orientez au spécialiste.

Abcès dentaire (y compris gingivite nécrosante aiguë/parodontite)

Définition clinique: Un abcès dentaire fait référence à une infection suppurée aiguë ou chronique liée aux dents. Les symptômes comprennent une douleur intense, une sensibilité dentaire, une inflammation et un gonflement des gencives et du visage. La gingivite/parodontite aiguë nécrosante fait référence à une infection aiguë très douloureuse de la marge gingivale. Les caractéristiques cliniques comprennent une haleine nauséabonde, une nécrose et une desquamation de la marge gingivale, une perte de gencive et osseuse de soutien autour des dents. Elle peut être associée à une maladie sous-jacente (par exemple, malnutrition, VIH) et peut s'étendre aux lèvres et aux joues sans traitement adéquat. Les infections sont généralement causées par de multiples bactéries buccales, y compris des organismes anaérobies.

Enfant & Adolescent

Choix antibiotique préféré

| Medicament | Formulation | Dosage | Durée |
|------------|-------------|--------|-------|
|------------|-------------|--------|-------|

| Thérapie combinée avec : Amoxicilline (PO) PLUS Métronicidazole (PO) ^A | Amoxicilline - Poudre pour liquide oral : 125 mg (sous forme de trihydrate)/5 ml ; 250 mg (sous forme de trihydrate)/5 ml; Forme posologique orale solide : 250 mg ; 500 mg (sous forme de trihydrate). | 40-45 mg/kg/dose toutes les 12 heures, dose maximale : 1,5 g toutes les 12 heures | 5 – 7 jours |
|--|---|---|-------------|
| | Métronicidazole - Liquide oral : 200 mg (sous forme de benzoate)/5 mL. Comprimé : 200 mg à 500 mg. Injection : 500 mg en flacon de 100 mL. | 7,5 mg/kg/dose toutes les 8 heures, dose maximale 300 mg toutes les 8 heures | |
| Choix d'antibiotiques alternatifs | | | |
| Medicament | Formulation | Dosage | Durée |
| Clindamycine(PO) | Gélule : 150 mg (sous forme de chlorhydrate). Injection : 150 mg (sous forme de phosphate)/mL ; Liquide oral : 75 mg/5 mL (sous forme de palmitate). | 6 mg/kg/dose 6 heures, dose maximale de 450 mg toutes les 6 heures | 5 jours |
| En cas d'allergie médicamenteuse confirmée ou de contre-indication médicale | | | |
| Medicament | Formulation | Dosage | Durée |
| Azithromycine(PO) | Liquide oral : 200 mg/5 ml. Gélule : 250 mg ; 500 mg (anhydre). | 10 mg/kg une fois par jour, dose maximale 500 mg | 3 – 5 jours |
| Principes d'intendance : | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> > L'orientation vers un dentiste est recommandée dans tous les cas. > Si l'abcès est drainé et que l'état du patient s'améliore, envisagez d'arrêter les antibiotiques après 5 jours de traitement. > Pour la gingivite seule sans nécrose ni abcès, ne pas traiter avec des antibiotiques. | | | |
| Autres notes: | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> > Si un patient ne tolère pas les antibiotiques oraux ou en cas de maladie grave, des antibiotiques IV/IM peuvent être envisagés. Traiter avec: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ampicilline (25 mg/kg/dose toutes les 6 heures IV ou IM, dose maximale : 500 mg toutes les 6 heures) PLUS métronicidazole (7,5 mg/kg/dose toutes les 8 heures IV, dose maximale : 400 mg toutes les 8 heures), ou ▪ Ceftriaxone (50 mg/kg/dose une fois par jour IV ou IM, dose maximale : 1 g par jour) PLUS métronicidazole (7,5 mg/kg/dose toutes les 8 heures IV, dose maximale : 300 mg toutes les 8 heures) | | | |

Cardiaque

| Fièvre rhumatismale aiguë | | | |
|---|--|---|----------------|
| <p><u>Définition clinique:</u> Une condition inflammatoire qui peut faire suite à une infection de la gorge par les streptocoques du groupe A et une cause importante de cardiopathie acquise dans la phase aiguë de la maladie et à la suite de complications valvulaires chroniques. Le rhumatisme articulaire aigu est principalement une maladie des enfants (pas des nourrissons), des adolescents et des jeunes adultes</p> | | | |
| Enfant & Adolescent | | | |
| Choix antibiotique préféré | | | |
| Medicament | Formulation | Dosage | Durée |
| Amoxicilline(PO) | Poudre pour liquide oral : 125 mg (sous forme de trihydrate)/5 ml ; 250 mg (sous forme de trihydrate)/5 ml, forme posologique orale solide : 250 mg ; 500 mg (sous forme de trihydrate). | 50 mg/kg une fois par jour, dose maximale de 2 g | 10 jours |
| Choix d'antibiotiques alternatifs | | | |
| Benzathine benzylpénicilline(IM) ^A | Poudre pour injection : 900 mg de benzylpénicilline (=1,2 million d'unités) en flacon de 5 mL ; 1,44 g de benzylpénicilline (= 2,4 millions d'unités) dans un flacon de 5 ml | Par poids: <ul style="list-style-type: none"> ○ <27 kg : 600 000 unités (375 mg) dans une seule dose ○ 27 kg et plus : 1,2 million d'unités (750 mg) dans une seule dose | Une Seule Dose |
| En cas d'allergie médicamenteuse confirmée ou de contre-indication médicale | | | |
| Azithromycine(PO) ^B | Liquide oral : 200 mg/5 mL ; Gélule : 250 mg ; 500 mg (anhydre). | 10 mg/kg une fois par jour, dose maximale 500 mg par jour | 3 – 5 jours |
| Principes d'intendance : <ul style="list-style-type: none"> > Aucun | | | |

Autres notes:

- A. L'administration intramusculaire douloureuse de benzathine benzylpénicilline peut être réduite en dissolvant 1,2 million d'unités de benzathine benzylpénicilline dans 3,2 ml de lidocaïne à 1 % sans adrénaline (épinéphrine) et en ramenant la préparation à température ambiante avant de l'injection.
- B. Des taux significatifs de résistance des souches de streptocoques du groupe A aux macrolides (azithromycine) et aux azalides (clarithromycine) ont été signalés dans de nombreuses régions du monde. L'utilisation de ces antibiotiques peut entraîner un échec du traitement.
- > Prophylaxie : administrer à tous les patients présentant un rhumatisme articulaire aigu documenté. Continuer la prophylaxie pendant 10 ans ou jusqu'à 21 ans (selon la durée la plus longue) en l'absence de valvulopathie rhumatismale, et jusqu'à 35 ans chez les patients atteints de valvulopathie rhumatismale.
 - o Benzathine benzylpénicilline (IM) 600000 UI tous les 21-28 jours pour les enfants pesant < 30 kg ou 1,2 MU tous les 21-28 jours pour les enfants pesant 30 kg ou plus, OU Phénoxyéthylpénicilline (PO) 125 mg toutes les 12 heures OU amoxicilline (PO) 125 mg par jour pour les enfants pesant < 30 kg et 250 mg par jour pour les enfants pesant 30 kg ou plus.
 - o Pour les patients souffrant d'allergies sévères à la pénicilline, administrez une prophylaxie avec :
 - Pour les enfants < 11 ans : Macrolide, par ex. azithromycine (PO) 10 mg/kg/dose (dose maximale 500 mg) 3 fois par semaine
 - Pour les enfants de 11 ans ou plus : Macrolide, par ex. azithromycine (PO) 250 mg par jour)

Endocardite infectieuse (valve native)

Définition clinique: Infection de la surface endothéliale du cœur. Les symptômes peuvent être variables et non spécifiques. Idéalement, le diagnostic doit être confirmé et un organisme identifié sur l'hémoculture avant de commencer le traitement. Cependant, si le patient présente une maladie grave, un traitement empirique doit être instauré et dirigé vers les staphylocoques et les streptocoques.

Nouveau-né(e), nourrisson, enfant et adolescent

Choix antibiotique préféré

| Medicament | Formulation | Dosage | Durée |
|------------|-------------|--------|-------|
|------------|-------------|--------|-------|

| | | | |
|--|---|---|-------------------------------------|
| Thérapie combinée avec : Benzylpénicilline (IV) PLUS Cloxacilline (IV) PLUS Gentamicine (IV) | Benzylpénicilline - Poudre pour injection : 600 mg (= 1 million UI) ; 3 g (= 5 millions UI) (sel de sodium ou de potassium) en flacon | <ul style="list-style-type: none"> ○ Première semaine de vie (7 jours ou moins) : 100000 UI/kg/dose toutes les 8 heures ○ 8 jours et plus : 125000 UI/kg/dose toutes les 6 heures, dose maximale 5 millions UI toutes les 6 heures | 4 – 6 semaines |
| | Cloxacilline - Poudre pour injection : 500 mg (sous forme de sel de sodium) en flacon | <ul style="list-style-type: none"> ○ Première semaine de vie (7 jours ou moins) : 50 mg/kg/dose toutes les 12 heures ○ 8 à 28 jours : 50 mg/kg/dose toutes les 8 heures ○ 28 jours et plus : 50 mg/kg/dose toutes les 6 heures, dose maximale de 3 g toutes les 6 heures | |
| | Gentamicine - Injection : 10 mg, 40 mg (sous forme de sulfate) / ml dans un flacon de 2 ml | 3 mg/kg/dose une fois par jour, dose maximale de 360 mg | 2 premières semaines de la thérapie |
| Choix d'antibiotiques alternatifs | | | |
| Si la benzylpénicilline n'est pas disponible, remplacez-la par : Ampicilline (IV) Traiter en association avec Cloxacilline (IV) PLUS Gentamicine (IV), comme ci-dessus. | Ampicilline - Poudre pour injection : 500 mg, 1 g (sous forme de sel de sodium) en flacon | <ul style="list-style-type: none"> ○ Première semaine de vie (7 jours ou moins) : 50 mg/kg/dose toutes les 8 heures ○ 8 jours et plus : 50 mg/kg/dose toutes les 6 heures, dose maximale de 2 g toutes les 6 heures | 4 – 6 semaines |
| Si la cloxacilline n'est pas disponible, remplacez-la par : Céfazoline (IV) Traiter en association avec la benzylpénicilline (IV) (ou l'ampicilline (IV)) PLUS Gentamicine (IV), comme ci-dessus. | Céfazoline - Poudre pour injection : 1 g (sous forme de sel de sodium) en flacon | <ul style="list-style-type: none"> ○ Première semaine de vie (7 jours ou moins) : 50 mg/kg/dose toutes les 12 heures ○ Age 8 jours et plus: 50 mg/kg/dose toutes les 8 heures, dose maximale de 4 g toutes les 8 heures | 4 – 6 semaines |
| En cas d'allergie médicamenteuse confirmée ou de contre-indication médicale | | | |
| Medicament | Formulation | Dosage | Durée |

| | | | |
|--|---|--|---|
| Vancomycine (IV) PLUS Gentamicine (IV) | Vancomycine - Injection : 500 mg, flacon de 1 g (sous forme de chlorhydrate) | 15 mg/kg/dose toutes les 6 heures | 4 – 6 semaines |
| | Gentamicine - Injection : 10 mg, 40 mg (sous forme de sulfate) / ml dans un flacon de 2 ml | 1,5 mg/kg/dose toutes les 12 heures | 2 premières semaines de la thérapie |
| Principes d'intendance : | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> > Pour les cas suspects d'endocardite infectieuse, 3 hémocultures doivent être obtenues en succession rapide à partir de 3 sites anatomiques dans les 6 heures avant le début de l'antibiothérapie. > Si un agent pathogène est identifié dans l'hémoculture, le traitement antibiotique doit être adapté à cet agent pathogène, conformément aux directives appropriées. L'agent pathogène et le site anatomique peuvent affecter la durée du traitement. > Surveillance thérapeutique médicamenteuse et surveillance de la fonction rénale chez les patients traités par vancomycine et/ou gentamicine. | | | |
| Autres notes: | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> > Obtenir l'avis d'un cardiologue et/ou d'un spécialiste des maladies infectieuses (si disponible) dans tous les cas d'endocardite (endocardite valvulaire native ou prothétique) | | | |

Respiratoire

Infection aiguë des voies respiratoires inférieures : légère à modérée/ambulatoire (acquise dans la communauté)

Définition clinique: L'infection aiguë des voies respiratoires inférieures comprend la bronchiolite virale aiguë et la pneumonie virale et bactérienne aiguë. Les antibiotiques sont indiqués dans le traitement empirique de la pneumonie et ne sont généralement pas indiqués pour le traitement de la bronchiolite. Cependant, la décision de prescrire ou de suspendre des antibiotiques est influencée par plusieurs facteurs : la capacité de distinguer cliniquement la bronchiolite virale aiguë de la pneumonie, les résultats de laboratoire et radiologiques peuvent ne pas permettre de différencier avec certitude la bronchiolite virale de la pneumonie bactérienne, la connaissance qu'une co-infection bactérienne peut être présente chez une proportion variable d'enfants présentant des caractéristiques de bronchiolite, la capacité du personnel soignant à surveiller l'enfant et à réaccéder aux soins de santé en urgence en cas de détérioration clinique. L'OMS recommande de prescrire des antibiotiques aux jeunes enfants présentant une toux aiguë associée à une respiration sifflante, une respiration rapide et un tirage sous-costal. La sélection des antibiotiques est basée sur l'évaluation de la gravité et de l'étiologie probable. Les causes bactériennes courantes de pneumonie comprennent : les nouveau-nés – Streptocoques du groupe B, espèces *Klebsiella*, *E. coli*, *C. trachomatis*, *S. aureus* ; nourrissons plus âgés et enfants – *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *S. aureus*, *M. catarrhalis*, *M. pneumoniae*.

Nouveau-né(e)

Tous les enfants de moins d'un mois atteints d'une infection aiguë des voies respiratoires inférieures légère/modérée ou grave doivent être hospitalisés. Voir les lignes directrices pour les infections aiguës des voies respiratoires inférieures.

Nourrisson, enfant et adolescent

Choix antibiotique préféré

| Medicament | Formulation | Dosage | Durée |
|------------|-------------|--------|-------|
|------------|-------------|--------|-------|

| | | | |
|--|---|--|-------------|
| Amoxicilline(PO) | Poudre pour liquide oral : 125 mg (sous forme de trihydrate)/5 ml ; 250 mg (sous forme de trihydrate)/5 ml. Forme posologique orale solide : 250 mg ; 500 mg (sous forme de trihydrate). | 40-45 mg/kg/dose toutes les 12 heures, dose maximale : 1,5 g toutes les 12 heures | 5 jours |
| En cas de mauvaise réponse au Choix antibiotique préféré | | | |
| Amoxicilline + Acide clavulanique(-PO) | Liquide oral : 125 mg d'amoxicilline + 31,25 mg d'acide clavulanique/5 mL ; 250 mg d'amoxicilline + 62,5 mg d'acide clavulanique/5 mL . Comprimé : 500 mg (sous forme de trihydrate) + 125 mg (sous forme de sel de potassium). | 40 à 45 mg/kg de composant amoxicilline par dose toutes les 12 heures, dose maximale de composant amoxicilline : 875 mg toutes les 12 heures. (Reportez-vous à Autres notes ^A ci-dessous pour obtenir des conseils sur le dosage précis) | 5 jours |
| En cas d'allergie médicamenteuse confirmée ou de contre-indication médicale | | | |
| Azithromycine(PO) ^B | Gélule : 250 mg ; 500 mg (anhydre). Liquide oral : 200 mg/5 mL | 10 mg/kg une fois par jour, dose maximale 500 mg | 3 – 5 jours |
| Principes d'intendance : | | | |
| > Aucun | | | |
| Autres notes: | | | |
| <p>A. Les formulations liquides orales actuelles, largement disponibles, contiennent de l'amoxicilline + de l'acide clavulanique dans un rapport de 4:1. Pour obtenir 40-45 mg/kg/dose de composant amoxicilline, lors de l'utilisation de la formulation 4:1, prescrire amoxicilline + acide clavulanique 10-15 mg/kg/dose de composant amoxicilline toutes les 12 heures et prescrire séparément amoxicilline 30-35 mg/kg /dose 12 heures afin de ne pas dépasser la dose maximale recommandée d'acide clavulanique (10 mg/kg/jour) réduisant ainsi le risque de diarrhée associée aux antibiotiques.</p> <p>Si des formulations liquides orales avec une dose plus élevée d'amoxicilline sont disponibles (rapport 7:1 – 400 mg d'amoxicilline + 57,5 mg d'acide clavulanique/5 ml, ou rapport 14:1 – 600 mg d'amoxicilline + 42,9 mg d'acide clavulanique/5 ml), ces peut être dosé à une dose de 40-45 mg/kg de composant amoxicilline toutes les 12 heures sans prescription séparée d'amoxicilline (la dose d'acide clavulanique ne sera pas dépassée). Si la formulation en comprimés au rapport 7:1 est disponible (875 mg d'amoxicilline + 125 mg d'acide clavulanique), elle peut être prescrite toutes les 12 heures pour les enfants pesant 25 kg ou plus.</p> <p>B. En cas d'échec du traitement par l'azithromycine, traiter par la clindamycine (6 mg/kg/dose toutes les 6 heures, Dose maximale : 450 mg toutes les 6 heures).</p> <p>> S. pneumoniae doit être suspecté en cas d'empyème, de cavitation pulmonaire ou de formation de pneumatocele, ou en présence d'infections pyogènes extrapulmonaires. Le traitement doit suivre Infection aiguë des voies respiratoires inférieures : directives sévères/patients hospitalisés.</p> <p>> Envisager le dépistage du VIH et de la tuberculose chez tous les patients présentant une infection des voies respiratoires inférieures.</p> | | | |

| Infection aiguë des voies respiratoires inférieures : grave/patient hospitalisé (acquis communautaire) | | | |
|---|---|---|---------------|
| Nouveau-né(e) | | | |
| Choix antibiotique préféré | | | |
| Medicament | Formulation | Dosage | Durée |
| Thérapie combinée avec : Céfotaxime (IV) ^A PLUS Ampicilline (IV) | Céfotaxime- Poudre pour injection : 250 mg par flacon (sous forme de sel de sodium) | <ul style="list-style-type: none"> ○ Première semaine de vie (7 jours ou moins) : 50 mg/kg/dose toutes les 12 heures ○ 8-20 jours : 50 mg/kg/dose toutes les 8 heures ○ Âge 21 jours et plus : 50 mg/kg/dose toutes les 6 heures | 5 – 7 jours |
| | Ampicilline - Poudre pour injection : 500 mg, 1 g (sous forme de sel de sodium) en flacon | <ul style="list-style-type: none"> ○ Première semaine de vie (7 jours ou moins) : 100 mg/kg/dose toutes les 8 heures ○ Âge 8 jours et plus : 100 mg/kg/dose toutes les 6 heures | |
| Nourrisson, enfant et adolescent | | | |
| Choix antibiotique préféré | | | |
| Medicament | Formulation | Dosage | Durée |
| Ampicilline(IV) | Poudre injectable : 500 mg ; 1 g (sous forme de sel de sodium) en flacon. | 50 mg/kg/dose toutes les 6 heures, dose maximale 2 g toutes les 6 heures | 5 – 7 jours |
| Si une mauvaise réponse au traitement ou une pneumonie staphylococcique est suspectée (empyème, cavitation pulmonaire, formation de pneumatoçèle ou présence d'infections pyogéniques extrapulmonaires), escalader pour : | | | |
| Amoxicilline + acide clavulanique (IV) OU ALORS Ceftriaxone (IV) | Amoxicilline + acide clavulanique - Poudre pour injection : 500 mg (sous forme de sodium) + 100 mg (sous forme de sel de potassium) ; 1000 mg (sous forme de sodium) + 200 mg (sous forme de sel de potassium) en flacon. | 30 mg/kg/dose de composant amoxicilline toutes les 8 heures, dose maximale 1,2 g toutes les 8 heures | 10 – 14 jours |
| | Ceftriaxone - Poudre pour injection : 250 mg ; 1 g (sous forme de sel de sodium) en flacon. | 50 mg/kg une fois par jour, dose maximale de 1 g | 10 – 14 jours |

| Diminuer la thérapie pour: | | | |
|---|---|---|---|
| Amoxicilline (PO) OU ALORS, en cas de traitement par Amoxicilline + acide clavulanic (IV) ou Ceftriaxone (IV), puis Amoxicilline + acide clavulanic (PO) ^B | Amoxicilline - Poudre pour liquide oral : 125 mg (sous forme de trihydrate)/5 ml ; 250 mg (sous forme de trihydrate)/5 ml; Forme posologique orale solide : 250 mg ; 500 mg (sous forme de trihydrate). | 40-45 mg/kg/dose toutes les 12 heures, 1,5 g 12 toutes les heures | 10 – 14 jours <i>(Durée totale du traitement, y compris la thérapie IV.)</i> |
| | Amoxicilline + acide clavulanic - Liquide oral : 125 mg d'amoxicilline + 31,25 mg d'acide clavulanic/5 mL ; 250 mg d'amoxicilline + 62,5 mg d'acide clavulanic/5 mL . Comprimé : 500 mg (sous forme de trihydrate) + 125 mg (sous forme de sel de potassium). | 40 à 45 mg/kg de composant amoxicilline par dose toutes les 12 heures, dose maximale de composant amoxicilline : 875 mg toutes les 12 heures. (Reportez-vous aux Autres notes ^B ci-dessous pour obtenir des conseils sur le dosage précis) | |
| En cas d'allergie médicamenteuse confirmée ou de contre-indication médicale | | | |
| Ceftriaxone(IV) | Poudre injectable : 250 mg ; 1 g (sous forme de sel de sodium) en flacon. | 50 mg/kg/dose une fois par jour, dose maximale 1 g | 10 – 14 jours |
| Principes d'intendance: | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> > Continuez avec les antibiotiques IV jusqu'à ce qu'il y ait des preuves d'une bonne réponse clinique et/ou que les marqueurs biologiques de l'infection s'améliorent, puis envisagez de passer à une antibiothérapie orale. > En cas de pneumonie staphylococcique ou d'empyème suspecté ou confirmé avec ou sans confirmation microbiologique, un drainage adéquat du pus et une durée de traitement prolongée sont recommandés (minimum 10 à 14 jours). | | | |

Autres notes:

- A. Si la céfotaxime n'est pas disponible, utilisez la ceftriaxone (50 mg/kg/dose toutes les 12 heures chez les nouveau-nés) en association avec la benzylpénicilline ou l'ampicilline, sauf chez les nouveau-nés atteints d'ictère et les nouveau-nés recevant des solutions IV contenant du calcium.
- B. Les formulations liquides orales actuelles, largement disponibles, contiennent de l'amoxicilline + de l'acide clavulanique dans un rapport de 4:1. Pour obtenir 40-45 mg/kg/dose de composant amoxicilline, lors de l'utilisation de la formulation 4:1, prescrire amoxicilline + acide clavulanique 10-15 mg/kg/dose de composant amoxicilline toutes les 12 heures et prescrire séparément amoxicilline 30-35 mg/kg /dose toutes les 12 heures afin de ne pas dépasser la dose maximale recommandée d'acide clavulanique (10 mg/kg/jour) réduisant ainsi le risque de diarrhée associée aux antibiotiques.
- Si des formulations liquides orales avec une dose plus élevée d'amoxicilline sont disponibles (rapport 7:1 – 400 mg d'amoxicilline + 57,5 mg d'acide clavulanique/5 ml, ou rapport 14:1 – 600 mg d'amoxicilline + 42,9 mg d'acide clavulanique/5 ml), celles-ci peuvent être dosées à une dose de 40-45 mg/kg de composant amoxicilline toutes les 12 heures sans prescription séparée d'amoxicilline (la dose d'acide clavulanique ne sera pas dépassée). Si la formulation en comprimés au rapport 7:1 est disponible (875 mg d'amoxicilline + 125 mg d'acide clavulanique), elle peut être prescrite toutes les 12 heures pour les enfants pesant 25 kg ou plus.
- > Si une coqueluche est suspectée, ajoutez un traitement avec un macrolide, par ex. azithromycine 10 mg/kg une fois par jour pendant 3 à 5 jours, dose maximale 500 mg.
 - > Dépistez tous les patients pour le VIH et la tuberculose.
 - > Ajouter un traitement empirique pour la pneumonie à pneumocystis (PCP) chez les nourrissons et les enfants exposés ou infectés par le VIH :
 - Triméthoprim + sulfaméthoxazole (1:5) dosé en fonction du composant triméthoprim (Dose de charge : 10 mg/kg IV suivi de 5 mg/kg/dose IV ou PO toutes les 6 heures pendant 21 jours.)
 - L'ajout de corticostéroïdes, généralement de 1 à 2 mg/kg de prednisone une fois par jour PO pendant 7 jours, progressivement réduit au cours des 7 jours suivants, peut être bénéfique.

Gastro-intestinal

Maladie diarrhéique aiguë : gastro-entérite virale, dysenterie

Définition clinique: La diarrhée aiguë est une maladie infantile courante et grave qui se manifeste par le passage fréquent de selles liquides abondantes et molles. Des vomissements peuvent être présents ou non. Souvent causée par une infection virale, mais peut être due à une infection bactérienne, alimentaire ou à d'autres causes. Les antibiotiques ne doivent pas être utilisés en routine pour les maladies diarrhéiques, sauf en cas de dysenterie. Les caractéristiques comprennent de la fièvre, du sang et du mucus dans les selles, des leucocytes à l'examen microscopique des selles, une culture de *Shigella*, de *Salmonella*, d'espèces pathogènes d'*E. coli* ou de *Campylobacter*.

Nouveau-né(e)

Les maladies diarrhéiques sont rares chez les nouveau-nés. Voir la section sur la possibilité d'une infection bactérienne grave pour obtenir des conseils sur le traitement.

Nourrisson, enfant et adolescent

Choix antibiotique préféré pour la dysenterie suspectée ou confirmée

| Medicament | Formulation | Dosage | Durée |
|------------|-------------|--------|-------|
|------------|-------------|--------|-------|

| | | | |
|---|---|---|--------------|
| Pour les maladies légères/modérées et la thérapie ambulatoire : Ciprofloxacine (PO) | Liquide oral : 250 mg/5 mL (anhydre) ; Comprimé : 250 mg (sous forme de chlorhydrate) | 15 mg/kg/dose 12 heures, dose maximale 500 mg 12 heures | 3 – 5 jours |
| Pour les maladies modérées/sévères nécessitant une hospitalisation : Ceftriaxone (IV) | Poudre pour injection : 250 mg, 1 g (sous forme de sel de sodium) en flacon | 50 mg/kg/dose une fois par jour, dose maximale 1 g | |
| Choix d'antibiotiques alternatifs pour la dysenterie suspectée ou confirmée | | | |
| Azithromycine (PO) | Liquide oral : 200 mg/5 mL ; Gélule : 250 mg, 500 mg (anhydre) | 10 mg/kg/dose par jour, dose maximale 500 mg | 3 – 5 jours |
| Dans les régions où l'amibiase est fréquente | | | |
| Métronidazole (PO) | Liquide oral : 200 mg (sous forme de benzoate) / 5 ml ; Comprimé : 200 mg à 500 mg | 15 mg/kg/dose toutes les 8 heures, dose maximale 800 mg toutes les 8 heures | 7 – 10 jours |
| Dans les régions où le choléra est endémique ou où des épidémies se produisent | | | |
| Azithromycine (PO) | Liquide oral : 200 mg/5 ml. Gélule : 250 mg, 500 mg (anhydre) | 10 mg/kg/dose par jour, dose maximale 500 mg | 3 – 5 jours |
| Principes d'intendance : | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> > Dans un contexte épidémique et où la coproculture et le test de sensibilité aux antibiotiques (AST) sont disponibles, ajuster le traitement en fonction de la susceptibilité actuelle de l'organisme. | | | |
| Autres notes: | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ For immunocompromised patients with Salmonella infections (e.g. patients with sickle cell disease), increase Durée of therapy to 14 days. ▪ Pour les patients immunodéprimés atteints d'infections à Salmonella (par exemple, les patients atteints de drépanocytose), augmenter la durée du traitement à 14 jours. ▪ La prévention et le traitement de la déshydratation et/ou du choc hypovolémique avec une gestion soigneuse des fluides sont essentiels. | | | |

typhoïde/Fièvre entérique

Définition clinique: Une maladie systémique causée par les espèces de Salmonella. Les signes cliniques incluent fièvre, anorexie, céphalées, vomissements, constipation ou diarrhée, douleur ou sensibilité abdominale, toux, délire/altération de l'état de conscience, hépatomégalie ou splénomégalie. Lorsqu'il est disponible, l'organisme peut être mis en culture à partir de sang (première semaine de maladie) ou de selles (après la première semaine), d'urine ou de moelle osseuse. Un état de porteur chronique peut se produire avec une excrétion continue de l'organisme dans les selles, ce qui peut entraîner une transmission à d'autres via des aliments ou de l'eau contaminés.

| Nourrisson, enfant et adolescent | | | |
|--|---|---|--|
| Choix antibiotique préféré | | | |
| Medicament | Formulation | Dosage | Durée |
| Pour les patients atteints d'une maladie grave : Ceftriaxone (IV) | Poudre pour injection : 250 mg, 1 g (sous forme de sel de sodium) en flacon | 50 mg/kg/dose toutes les 12 heures, dose maximale 2 g toutes les 12 heures | 10 – 14 jours |
| Pour une maladie légère/modérée ou comme traitement d'abaissement d'une maladie grave en fonction de la réponse clinique et des résultats de sensibilité aux antibiotiques, si disponibles : Ciprofloxacin (PO) | Liquide oral : 250 mg/5 mL (anhydre) ; Comprimé : 250 mg (sous forme de chlorhydrate) | 15 mg/kg/dose toutes les 12 heures, dose maximale 500 mg toutes les 12 heures | 10 – 14 jours <i>(Total treatment Durée including IV therapy, if applicable.)</i> |
| Choix d'antibiotiques alternatifs ou pour allergie médicamenteuse confirmée ou contre-indication médicale | | | |
| Medicament | Formulation | Dosage | Durée |
| Ciprofloxacin (IV) | Solution pour perfusion IV : 2 mg/ mL (sous forme d'hydrate) | 10 mg/kg/dose toutes les 8-12 heures, dose maximale 400 mg toutes les 8-12 heures | 10 – 14 jours |
| Azithromycine (PO) | Gélule : 250 mg ; 500 mg (anhydre). Liquide oral : 200 mg/5 mL | 10 mg/kg/dose par jour, dose maximale 500 mg | 5 jours |
| Principes d'intendance : | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> > Le patient doit idéalement être isolé avec des précautions de contact maintenues jusqu'à ce que l'éradication du germe des selles soit confirmée sur 3 échantillons de selles prélevés 1 semaine après la fin du traitement antibiotique et toutes les 48 heures par la suite pour détecter le portage chronique et l'excrétion du germe. | | | |
| Autres notes: | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> > Un traitement prolongé (4 à 6 semaines) est recommandé dans les maladies invasives, y compris les infections osseuses, et chez les patients immunodéprimés (y compris l'infection par le VIH) | | | |

Infection intra-abdominale compliquée (acquise dans la communauté)

Définition clinique: Péritonite suspectée ou confirmée, y compris perforation ou fuite du contenu intestinal dans le péritoine

Nouveau-né(e)

Choix antibiotique préféré

| Medicament | Formulation | Dosage ¹⁴ | Durée |
|--|--|--|---|
| Thérapie combinée avec : Céfotaxime (IV) PLUS Métronidazole(IV) | Céfotaxime- Poudre pour injection : 250 mg par flacon (sous forme de sel de sodium) | <ul style="list-style-type: none"> ○ Première semaine de vie (7 jours ou moins) : 50 mg/kg/dose toutes les 12 heures ○ 8-20 jours : 50 mg/kg/dose toutes les 8 heures ○ 21 jours et plus : 50 mg/kg/dose toutes les 6 heures | 5 à 10 jours selon la réponse au traitement clinique et chirurgical |
| | Métronidazole - Injection : 500 mg dans un flacon de 100 mL. | <ul style="list-style-type: none"> ○ Première semaine de vie (7 jours ou moins) : 7,5 mg/kg/dose toutes les 12 heures ○ Âge 8 jours et plus : 7,5 mg/kg/dose toutes les 8 heures, dose maximale de 400 mg toutes les 8 heures | |
| Choix d'antibiotiques alternatifs | | | |
| Thérapie combinée avec : Benzylpénicilline (IV) PLUS Gentamicine (IV) PLUS Métronidazole (IV) | Benzylpénicilline - Poudre pour injection : 600 mg (= 1 million UI) ; 3 g (= 5 millions d'UI) (sel de sodium ou de potassium) en flacon. | <ul style="list-style-type: none"> ○ Première semaine de vie (7 jours ou moins) : 100 000 UI/kg/dose toutes les 8 heures ○ Âge de 8 jours et plus : 125 000 UI/kg/dose toutes les 6 heures, dose maximale de 5 millions d'UI toutes les 6 heures | 5 à 10 jours selon la réponse au traitement clinique et chirurgical |
| | Gentamicine - Injection : 10 mg; 40 mg (sous forme de sulfate)/ mL dans un flacon de 2 mL. | <ul style="list-style-type: none"> ○ 4 mg/kg/dose une fois par jour | |
| | Metronidazole-Injection: 500 mg in 100- mL vial. | <ul style="list-style-type: none"> ○ Première semaine de vie (7 jours ou moins) : 7,5 mg/kg/dose toutes les 12 heures ○ Âge de 8 jours et plus : 7,5 mg/kg/dose toutes les 8 heures, dose maximale de 400 mg toutes les 8 heures | |
| Si la benzylpénicilline (IV) n'est pas disponible, remplacer par : Ampicillin (IV) Treat with Gentamicin (IV) PLUS Metronidazole (IV), as above. | Ampicilline - Poudre pour injection : 500 mg ; 1 g (sous forme de sel de sodium) en flacon. | <ul style="list-style-type: none"> ○ Première semaine de vie (7 jours ou moins) : 50 mg/kg/dose toutes les 8 heures ○ Âge de 8 jours et plus : 50 mg/kg/dose toutes les 6 heures | |

| Nourrisson, enfant et adolescent | | | |
|--|---|---|--|
| Choix antibiotique préféré | | | |
| Medicament | Formulation | Dosage | Durée |
| Thérapie combinée avec : Ceftriaxone (IV) PLUS Métronidazole (IV) | Ceftriaxone- Poudre pour injection : 250 mg, 1 g (sous forme de sel de sodium) en flacon | 50 mg/kg/dose toutes les 12 heures, dose maximale 2 g toutes les 12 heures | 5 jours si le contrôle de la source a été réalisé (par exemple, laparotomie, lavage, réparation). Des durées plus longues peuvent être nécessaires si le contrôle de la source est retardé |
| | Métronidazole - Injection : 500 mg dans un flacon de 100 mL. | 7,5 mg/kg/dose toutes les 8 heures, dose maximale 400 mg toutes les 8 heures | |
| Choix d'antibiotiques alternatifs | | | |
| Amoxicilline + acide clavulanique (IV) | Poudre pour injection : 500 mg (sous forme de sodium) + 100 mg (sous forme de sel de potassium) ; 1000 mg (sous forme de sodium) + 200 mg (sous forme de sel de potassium) en flacon. | 30 mg/kg/dose de composant amoxicilline toutes les 8 heures, dose maximale 1,2 g toutes les 8 heures | 5 jours si le contrôle de la source a été réalisé (par exemple, laparotomie, lavage, réparation). Des durées plus longues peuvent être nécessaires si le contrôle de la source est retardé |
| Si mauvaise réponse au traitement | | | |
| Thérapie combinée avec : Pipéracilline/tazobactam (IV) PLUS Amikacine (IV) | Pipéracilline/tazobactam Poudre pour préparations injectables : 2 g (sous forme de sel de sodium) + 250 mg (sous forme de sel de sodium) ; 4 g (sous forme de sel de sodium) + 500 mg (sous forme de sel de sodium) en flacon | 100 mg/kg de composant pipéracilline/dose toutes les 8 heures, dose maximale 4 g de composant pipéracilline toutes les 8 heures | 5 jours si le contrôle de la source a été réalisé (par exemple, laparotomie, lavage, réparation). Des durées plus longues peuvent être nécessaires si le contrôle de la source est retardé |
| | Amikacine - Injection : 250 mg (sous forme de sulfate)/mL dans un flacon de 2 mL | 15 mg/kg/dose une fois par jour, dose maximale 1,5 g | |
| Si pipéracilline-tazobactam (IV) n'est pas disponible ou en cas d'allergie médicamenteuse confirmée ou de contre-indication médicale | | | |

| | | | |
|---|--|---|--|
| Ciprofloxacine (IV) PLUS Métrónidazole (IV) PLUS Amikacine (IV) | Ciprofloxacine - Solution pour perfusion IV : 2 mg/mL (sous forme d'hyclate) | 10 mg/kg/dose toutes les 8-12 heures, dose maximale 400 mg toutes les 8-12 heures | 5 jours si le contrôle de la source a été réalisé (par exemple, laparotomie, lavage, réparation). Des durées plus longues peuvent être nécessaires si le contrôle de la source est retardé |
| | Métrónidazole - Injection : 500 mg dans un flacon de 100 mL. | 7,5 mg/kg/dose toutes les 8 heures, dose maximale 400 mg toutes les 8 heures | |
| | Amikacine - Injection : 250 mg (sous forme de sulfate)/mL dans un flacon de 2 mL | 15 mg/kg/dose une fois par jour, dose maximale 1,5 g | |
| Principes d'intendance : | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> > Obtenir une hémoculture avant de commencer l'antibiothérapie. > Examinez la tuberculose comme une cause dans les zones endémiques. | | | |
| Autres notes: | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> > La consultation d'un chirurgien est fréquemment nécessaire chez les patients présentant des infections intra-abdominales compliquées. > Une fois que le patient s'améliore cliniquement et tolère les aliments par voie orale, envisagez de passer à un antibiotique oral tel que l'amoxicilline + l'acide clavulanique. | | | |

génito-urinaire

| Infection des voies urinaires (IVU) | | | |
|---|---|---|----------------------------|
| <p>Définition clinique: L'infection urinaire non compliquée est une infection limitée aux voies urinaires inférieures sans anomalie urologique associée. On le voit le plus chez les filles de plus de 2 ans. Une infection urinaire compliquée est une infection du parenchyme rénal (pyélonéphrite aiguë) ou qui est associée à des anomalies congénitales sous-jacentes des reins et des voies urinaires. Il est souvent impossible de différencier les infections urinaires simples des infections urinaires compliquées chez les nouveau-nés et les nourrissons et ils doivent être traités comme pour les infections urinaires compliquées. Les infections urinaires peuvent entraîner une morbidité importante à court terme, notamment un choc septique et une insuffisance rénale aiguë, en particulier chez les nourrissons. Des lésions rénales permanentes peuvent survenir chez les enfants qui ont des épisodes récurrents de pyélonéphrite. Les étiologies courantes comprennent les entérobactéries (<i>E. coli</i>, <i>Espèces Klebsiella</i>, <i>Espèces Proteus</i>, <i>Espèces Enterobacter</i>) et les <i>Espèces Enterococcus</i>. Pour les infections urinaires chez les adolescentes enceintes, se référer aux directives pour adultes.</p> | | | |
| Nouveau-né (Traiter toutes les infections urinaires chez les nouveau-nés comme des infections urinaires compliquées) | | | |
| Choix antibiotique préféré | | | |
| Medicament | Formulation | Dosage | Durée |
| Céfotaxime (IV) | Poudre pour injection : 250 mg par flacon (sous forme de sel de sodium) | <ul style="list-style-type: none"> o Première semaine de vie (7 jours ou moins) : 50 mg/kg/dose toutes les 12 heures o 8 – 20 jours : 50 mg/kg/dose toutes les 8 heures o 21 jours et plus : 50 mg/kg/dose toutes les 6 heures | 10 – 14 jours ^A |
| Nourrisson, enfant et adolescent | | | |

| Choix antibiotique préféré | | | |
|---|---|---|---|
| Medicament | Formulation | Dosage | Durée |
| Si voie orale adaptée : Amoxicilline + acide clavulanique (PO) OU ALORS Nitrofurantoïne (PO) | Amoxicilline + acide clavulanique - Liquide oral : 125 mg d'amoxicilline + 31,25 mg d'acide clavulanique/5 mL ; 250 mg d'amoxicilline + 62,5 mg d'acide clavulanique/5 mL ; Comprimé : 500 mg (sous forme de trihydrate) + 125 mg (sous forme de sel de potassium). | 10-15 mg/kg de composant amoxicilline/dose toutes les 8 heures, dose maximale 250 mg de composant amoxicilline toutes les 8 heures Si la formulation contenant 875 mg d'amoxicilline + 125 mg d'acide clavulanique est disponible, elle peut être prescrite deux fois par jour pour les enfants pesant 25 kg ou plus | Infection urinaire-non-complicquée : 5 à 7 jours Infection urinaire-complicquée : 10 jours |
| | Nitrofurantoïne - Liquide oral : 25 mg/5 mL. Comprimé : 100 mg. | 1 – 2 mg/kg/dose toutes les 6 heures, dose maximale 100 mg toutes les 6 heures | |
| Si la voie orale ne convient pas ou pour les infections urinaires compliquées, traiter avec : Ceftriaxone (IV) OU Gentamicine (IV) | Ceftriaxone - Poudre pour injection : 250 mg ; 1 g (sous forme de sel de sodium) en flacon. | 50 mg/kg/dose une fois par jour, dose maximale 1 g | |
| | Gentamicine - Injection : 10 mg; 40 mg (sous forme de sulfate)/ mL dans un flacon de 2 mL. | 5 – 7,5 mg/kg/dose une fois par jour, dose maximale 360 mg | |
| Choix antibiotique alternatif, guidé par les résultats de la culture, ou en cas de mauvaise réponse au Choix antibiotique préféré | | | |
| Medicament | Formulation | Dosage | Durée |
| Ciprofloxacine (PO pour non-complicquée, IV pour infection urinaire compliquée) | Liquide oral : 250 mg/5 mL (anhydre) ; Comprimé : 250 mg (sous forme de chlorhydrate) ; Solution pour perfusion IV : 2 mg/ mL (sous forme d'hydrate). | Thérapie orale : 10-15 mg/kg/dose 12 heures, dose maximale 500 mg toutes les 12 heures Thérapie IV : 10 mg/kg/dose toutes les 8-12 heures, dose maximale 400 mg 8-12 heures | Infection urinaire-non-complicquée: 5 – 7 jours Infection urinaire-complicquée : 7 jours |
| Principes d'intendance : | | | |
| <p>A. Après 5 à 7 jours, ou plus tôt s'il y a une bonne réponse clinique au traitement, envisagez de passer à un antibiotique oral pour compléter un traitement total Durée de 10 jours. La sélection des antibiotiques oraux doit être guidée par la culture d'urine et les résultats de sensibilité aux antibiotiques ou utiliser l'amoxicilline/l'acide clavulanique si la culture d'urine n'est pas disponible.</p> <ul style="list-style-type: none"> > Évitez l'utilisation de fluoroquinolones dans la mesure du possible. > Ne pas traiter les patientes asymptomatiques en dehors de la grossesse. > Le choix de la voie thérapeutique doit être déterminé par la capacité à tolérer le traitement oral et/ou la présence d'une maladie systémique importante. | | | |

Autres notes:

- > Les enfants de moins de 5 ans avec une infection urinaire confirmée et les enfants avec des infections urinaires récurrentes ou persistantes doivent subir une échographie des reins, de l'uretère et de la vessie pour dépister les anomalies des voies urinaires et/ou être orientés à un spécialiste pour des examens plus approfondis.

Syphilis (y compris la syphilis congénitale)

Définition clinique: Infection multi-organes causée par *T. pallidum*. L'infection congénitale est acquise par transmission verticale par voie transplacentaire pendant la grossesse. Les signes pouvant être présents à la naissance ou au cours des 3 premiers mois de la vie comprennent un ictère, une pâleur, un œdème, une éruption maculopapuleuse érythémateuse généralisée qui pouvant desquamer, une hépatosplénomégalie, une lymphadénopathie, une rhinite, une pseudoparalysie d'un ou plusieurs membres. La syphilis acquise se transmet par contact sexuel, y compris les abus sexuels. Pour le traitement de la syphilis chez les adolescentes enceintes, se référer à des directives distinctes.

Nouveau-né(e)

Choix antibiotique préféré

| Medicament | Formulation | Dosage | Durée |
|---|---|--|----------------|
| Pour les patients présentant une infection symptomatique : Benzylpénicilline (IV) ^A | Poudre pour injection : 600 mg (= 1 million UI) ; 3 g (= 5 millions d'UI) (sel de sodium ou de potassium) en flacon. | <ul style="list-style-type: none"> ○ Première semaine de vie (7 jours ou moins) : 50000 unités/kg/dose toutes les 12 heures ○ 8 – 28 jours : 50 000 unités/kg/dose toutes les 8 heures | 10 jours |
| Pour les patientes présentant une infection asymptomatique et la mère séropositive ou dont le résultat est inconnu et la mère n'a pas été traitée ou n'a été que partiellement traitée pendant la grossesse : Benzathine benzylpénicilline (IM) ^A | Poudre pour injection : 900 mg de benzylpénicilline (= 1,2 million UI) en flacon de 5 mL ; 1,44 g de benzylpénicilline (= 2,4 millions UI) en flacon de 5 mL. | 50 000 unités/kg | Une Seule dose |

Choix d'antibiotiques alternatifs

| Céfotaxime (IV) | Poudre pour injection : 250 ou 500 mg par flacon (sous forme de sel de sodium) | <ul style="list-style-type: none"> ○ Première semaine de vie (7 jours ou moins) : 50 mg/kg/dose toutes les 12 heures ○ 8-20 jours : 50 mg/kg/dose toutes les 8 heures ○ 21 jours et plus : 50 mg/kg/dose toutes les 6 heures | 10 jours |
|--|---|---|--|
| Nourrisson, enfant et adolescent | | | |
| Choix antibiotique préféré pour le diagnostic tardif de la syphilis congénitale | | | |
| Medicament | Formulation | Dosage | Durée |
| Benzylpénicilline(IV) ^A | Poudre pour injection : 600 mg (= 1 million UI) ; 3 g (= 5 millions d'UI) (sel de sodium ou de potassium) en flacon. | 50 000 unités/kg/dose toutes les 6 heures, dose maximale 5 millions UI/kg/dose toutes les 6 heures | 10 jours |
| Choix d'antibiotiques alternatifs | | | |
| Ceftriaxone(IV) | Poudre injectable : 250 mg ; 1 g (sous forme de sel de sodium) en flacon | 50 mg/kg/dose toutes les 12 heures, dose maximale 2 g toutes les 12 heures | 10 jours |
| Pour la syphilis acquise, primaire ou secondaire (pas la syphilis congénitale) | | | |
| Benzathine benzylpénicilline(IM) ^A | Poudre pour injection : 900 mg de benzylpénicilline (= 1,2 million UI) en flacon de 5 mL ; 1,44 g de benzylpénicilline (= 2,4 millions UI) en flacon de 5 mL. | 50 000 unités/kg/dose, dose maximale 2,4 millions d'unités | 3 doses à 1 semaine d'intervalle |
| Choix d'antibiotiques alternatifs ou pour allergie confirmée à la pénicilline | | | |
| Enfants/adolescents < 12 ans : Amoxicilline (PO) PLUS Probenécide (PO) Probenicid-Tablets: 500 mg (not included in WHO MLEM) | Amoxicilline - Poudre pour liquide oral : 125 mg (sous forme de trihydrate)/5 ml, 250 mg (sous forme de trihydrate)/5 ml ; forme posologique orale solide : 250 mg, 500 mg (sous forme de trihydrate) | 1 g toutes les 8 heures | Syphilis précoce : 14 jours Syphilis tardive/latente : 28 jours |
| | 250 mg toutes les 8 heures | | |

| | | | |
|--|---|-----------------------------|--|
| Adolescents de 12 ans et plus : Doxycycline (PO) | Liquide oral : 25 mg/5 ml, 50 mg/5 ml (anhydre) ; forme posologique orale solide : 50 mg, 100 mg (sous forme d'hyclate) | 100 mg toutes les 12 heures | Syphilis précoce : 14 jours Syphilis tardive/latente : 28 jours |
| Principes d'intendance : <ul style="list-style-type: none"> > Pour la syphilis congénitale, un cours complet de 10 jours est requis. Si le traitement est interrompu pendant 1 jour (ou plus), recommencez le traitement complet de 10 jours. > Les nourrissons traités pour la syphilis congénitale doivent être suivis tous les 3 mois après le traitement initial pour répéter les tests sérologiques non tréponémiques jusqu'à ce que le test devienne non réactif. Si la diminution du titre sérologique est inférieure à 4 fois, le traitement doit être répété. | | | |
| Autres notes: <ul style="list-style-type: none"> A. Si la benzylpénicilline (IV) ou la benzathine benzylpénicilline (IM) n'est pas disponible, demandez l'avis d'experts sur les thérapies alternatives (L'efficacité du céfotaxime/ceftriaxone est incertaine.). > La syphilis acquise chez un enfant (non sexuellement actif) nécessite une enquête pour maltraitance d'enfant. > Enquêter et traiter les deux parents, si nécessaire et s'ils ne sont pas déjà diagnostiqués et traités. | | | |

Peau, tissus mous, os et articulations

| Infections de la peau et des tissus mous (y compris impétigo, cellulite, abcès) | | | |
|--|---|---|-------------|
| Définition clinique: Infections bactériennes de la peau et des tissus mous sous-jacents. Les agents pathogènes bactériens courants comprennent <i>S. aureus</i> et les espèces de streptocoques du groupe A. Les anaérobies peuvent jouer un rôle dans des régions spécifiques du corps, y compris le périnée. | | | |
| Nouveau-né(e), nourrisson, enfant et adolescent | | | |
| Choix antibiotique préféré | | | |
| Medicament | Formulation | Dosage | Durée |
| Cloxacilline(IV) | Cloxacilline - Poudre pour injection : 500 mg (sous forme de sel de sodium) en flacon | <ul style="list-style-type: none"> o Première semaine de vie (7 jours ou moins) : 50 mg/kg/dose toutes les 12 heures o 8-28 jours : 50 mg/kg/dose toutes les 8 heures o Plus de 28 jours : 25-50 mg/kg/dose toutes les 6 heures, dose maximale 2 g toutes les 6 heures | 5 – 7 jours |
| Si la cloxacilline (IV) n'est pas disponible, utilisez la céfazoline (IV). | Céfazoline - Poudre pour injection : 1 g (sous forme de sel de sodium) en flacon | <ul style="list-style-type: none"> o Première semaine de vie (7 jours ou moins) : 50 mg/kg/dose toutes les 12 heures o 8 jours et plus : 50 mg/kg/dose toutes les 8 heures, dose maximale de 4 g toutes les 8 heures | |

| | | | |
|---|--|--|---|
| Pour les nourrissons, les enfants et les adolescents, passer au traitement oral lorsqu'il est toléré (les nouveau-nés doivent terminer la thérapie IV) : | | | |
| Flucloxacilline (PO) | Gélules : 500 mg ; 1 g (sous forme de sel de sodium) | 25 mg/kg/dose toutes les 6 heures, dose maximale 500 mg toutes les 6 heures | 5 – 7 jours (Durée totale du traitement, y compris la thérapie IV.) |
| Choix d'antibiotique alternatif pour les nourrissons et les enfants incapables d'avaler les gélules de Flucloxacilline : | | | |
| Céfalexine (PO) | Poudre à reconstituer avec de l'eau : 125 mg/5 mL ; 250 mg/5 mL; Forme posologique orale solide : 250 mg (sous forme de monohydrate) | 25 mg/kg/dose toutes les 6 heures, dose maximale 1 g toutes les 6 heures | 5 – 7 jours |
| En cas d'allergie médicamenteuse confirmée ou de contre-indication médicale : | | | |
| Clindamycine (IV/PO) | Liquide oral : 75 mg/5 mL (sous forme de palmitate). Gélule : 150 mg (sous forme de chlorhydrate). Injection : 150 mg (sous forme de phosphate)/mL | 6 mg/kg/dose toutes les 6 heures, dose maximale 600 mg toutes les 8 heures (IV) ou 450 mg toutes les 6 heures (PO) | 5 – 7 jours |
| Principes d'intendance : | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> > Si l'abcès peut être incisé et drainé, ne pas administrer d'antibiotiques pour un abcès standard sans complication chez une personne par ailleurs en bonne santé. > Si une antibiothérapie IV est indiquée, examiner quotidiennement les progrès du patient pour envisager de passer d'une thérapie IV à une thérapie orale. | | | |
| Autres notes: | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> > Pour les patients suspectés de morsure d'animal, évaluer le risque de rage et gérer en conséquence, et administrer une dose de rappel antitétanique si nécessaire. > Si une fasciite nécrosante est suspectée (en particulier si dans la région périnéale), utilisez ceftriaxone plus métronidazole plus clindamycine ou, alternativement, amoxicilline/acide clavulanique plus clindamycine (clindamycine incluse pour supprimer la production de toxines), et obtenez des conseils d'experts urgents concernant la prise en charge chirurgicale. | | | |

| | | | |
|---|-------------|--------|-------|
| Tétanos | | | |
| Définition clinique: Infection causée par <i>C. tetani</i> caractérisée par l'apparition brutale d'une raideur musculaire et de contractions musculaires. | | | |
| Nouveau-né(e), nourrisson, enfant et adolescent | | | |
| Choix antibiotique préféré | | | |
| Medicament | Formulation | Dosage | Durée |

| | | | |
|--|--|--|----------|
| Métronidazole(IV) | Injection : 500 mg en flacon de 100 ml. | <ul style="list-style-type: none"> ○ Première semaine de vie (7 jours ou moins) : 7,5 mg/kg/ dose toutes les 12 heures ○ âge de 8 jours et plus : 7,5 mg/ kg/dose toutes les 8 heures, dose maximale de 400 mg toutes les 8 heures | 10 jours |
| Choix alternatif d'antibiotiques | | | |
| Benzylpénicilline (IV) | Poudre pour injection : 600 mg (= 1 million UI) ; 3 g (= 5 millions d'UI) (sel de sodium ou de potassium) en flacon. | 25000 UI/kg/dose toutes les 6 heures, dose maximale 5 millions UI/kg/dose toutes les 6 heures | 10 jours |
| Principes d'intendance : | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> > Aucun | | | |
| Autres notes: | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> > Administrer également de l'immunoglobuline antitétanique humaine (IM) : nouveau-nés 500 UI, enfants 2000 UI, adultes 3000-6000 UI. > Le soin des plaies et le débridement/soins du cordon ombilical sont requis. > Administrer une dose de rappel du vaccin antitétanique (non requis chez les patients immunisés qui ont reçu une dose de rappel au cours des 5 dernières années). | | | |

Ostéomyélite aiguë et arthrite septique

Définition clinique: Ostéomyélite aiguë : infection osseuse qui débute généralement dans la métaphyse des os longs à la suite d'un dépôt hématogène d'organismes à la suite d'une bactériémie transitoire. L'infection peut se propager via l'épiphyse jusqu'à l'articulation, entraînant une arthrite septique. Les organismes responsables courants varient selon l'âge : nouveau-nés – *S. aureus*, streptocoque du groupe B, organismes à Gram négatif, y compris *E. coli* ; nourrissons et enfants – *S. aureus*, *H. influenzae*, streptocoques du groupe A, *S. pneumoniae*. L'anémie falciforme est associée à des infections osseuses causées par les espèces de *Salmonella* et *S. pneumoniae*.

Arthrite septique : peut survenir à la suite d'un dépôt hématogène sur la synoviale au cours d'une bactériémie transitoire ou dans le cadre d'une septicémie généralisée et peut impliquer plus d'une articulation. Les organismes responsables courants varient selon l'âge : nouveau-nés – *S. aureus*, streptocoque du groupe B, *E. coli* ; nourrissons / enfants – *S. aureus*, *H. influenzae*, streptocoques du groupe A et *S. pneumoniae*.

Neonate

Choix antibiotique préféré

| Medicament | Formulation | Dosage | Durée |
|------------|-------------|--------|-------|
|------------|-------------|--------|-------|

| Céfotaxime (IV) | Poudre pour injection : 250 ou 500 mg par flacon (sous forme de sel de sodium) | <ul style="list-style-type: none"> ○ Première semaine de vie (7 jours ou moins) : 50 mg/kg/dose toutes les 12 heures ○ 8 – 20 jours : 50 mg/kg/dose toutes les 8 heures ○ 21 jours et plus : 50 mg/kg/dose toutes les 6 heures | 4 – 6 semaines |
|--|---|---|----------------|
| Choix d'antibiotiques alternatifs | | | |
| Thérapie combinée avec : Cloxacilline (IV) PLUS Gentamicine (IV) | Cloxacilline - Poudre pour injection : 500 mg (sous forme de sel de sodium) en flacon. | <ul style="list-style-type: none"> ○ Première semaine de vie (7 jours ou moins) : 50 mg/kg/dose toutes les 12 heures ○ 8-28 jours : 50 mg/kg/dose toutes les 8 heures ○ Plus de 28 jours : 50 mg/kg/dose toutes les 6 heures | 4 – 6 semaines |
| | Gentamicine - Injection : 10 mg; 40 mg (sous forme de sulfate)/ mL dans un flacon de 2 mL | <ul style="list-style-type: none"> ○ 4 mg/kg/dose une fois par jour | |
| Si la cloxacilline (IV) n'est pas disponible, remplacez-la par : Céfazoline (IV) Thérapie d'association avec : Céfazoline (IV) PLUS Gentamicine (IV) | Céfazoline - Poudre pour injection : 1 g (sous forme de sel de sodium) en flacon. | <ul style="list-style-type: none"> ○ Première semaine de vie (7 jours ou moins) : 50 mg/kg/dose toutes les 12 heures ○ 8 jours et plus : 50 mg/kg/dose toutes les 8 heures | 4 – 6 semaines |
| | Gentamicine - Injection : 10 mg; 40 mg (sous forme de sulfate)/ mL dans un flacon de 2 mL | <ul style="list-style-type: none"> ○ 4 mg/kg/dose une fois par jour | |
| Nourrisson, enfant et adolescent | | | |
| Choix antibiotique préféré | | | |
| Medicament | Formulation | Dosage | Durée |
| Thérapie combinée avec : Ampicilline (IV) PLUS Cloxacilline (IV) | Ampicilline - Poudre pour injection : 500 mg, 1 g (sous forme de sel de sodium) en flacon | 50 mg/kg/dose toutes les 6 heures, dose maximale 2 g toutes les 6 heures | 4 – 6 semaines |
| | Cloxacilline- Poudre pour injection : 500 mg (sous forme de sel de sodium) en flacon | 50 mg/kg/dose toutes les 6 heures, dose maximale 2 g toutes les 6 heures | |

| | | | |
|--|---|---|----------------|
| Si la cloxacilline (IV) n'est pas disponible, traiter avec : Céfazoline (IV) (seule) | Poudre pour injection : 1 g (sous forme de sel de sodium) en flacon. | 50 mg/kg/dose toutes les 8 heures, dose maximale 4 g toutes les 8 heures | 4 – 6 semaines |
| Choix d'antibiotiques alternatifs | | | |
| Ceftriaxone (IV) | Poudre injectable : 250 mg ; 1 g (sous forme de sel de sodium) en flacon | 50 mg/kg/dose toutes les 12 heures, dose maximale 2 g toutes les 12 heures | 4 – 6 semaines |
| Pour les patients atteints d'anémie falciforme (couverture empirique à Gram négatif recommandée) | | | |
| Ceftriaxone (IV) | Poudre injectable : 250 mg ; 1 g (sous forme de sel de sodium) en flacon | 50 mg/kg/dose 12 heures, dose maximale 2 g 12 heures | 4 – 6 semaines |
| En cas d'allergie médicamenteuse confirmée ou de contre-indication médicale | | | |
| Si le patient n'a pas d'antécédents d'hypersensibilité immédiate/ana-phylaxie aux pénicillines, traiter avec : Ceftriaxone (IV) | Poudre injectable : 250 mg ; 1 g (sous forme de sel de sodium) en flacon | 50 mg/kg/dose toutes les 12 heures, dose maximale 2 g toutes les 12 heures | 4 – 6 semaines |
| Si le patient a des antécédents d'hypersensibilité immédiate/d'ana-phylaxie immédiateaux pénicillines, traiter avec : Clindamycine (IV/PO) PLUS Ciprofloxacin (IV/PO) | Clindamycine - Injec-tion : 150 mg (sous forme de phosphate)/ mL. | 6 mg/kg/dose toutes les 6 heures, dose maximale 600 mg toutes les 8 heures (IV) ou 450 mg toutes les 6 heures (PO) | 4 – 6 semaines |
| | Ciprofloxacin - Solu-tion pour perfusion IV : 2 mg/ mL (sous forme d'hyclate) ; Liquide oral : 250 mg/5 mL (anhydre) ; Comprimé : 250 mg (sous forme de chlorhydrate) | 10 mg/kg/dose toutes les 8 à 12 heures, dose maximale 400 mg toutes les 8 à 12 heures (IV) ; 15 mg/kg/dose toutes les 12 heures, dose maximale 500 mg toutes les 12 heures (PO) | |

Principes d'intendance :

- > Ne pas administrer d'antibiotiques empiriques pour les infections chroniques des os et des articulations. Au lieu de cela, effectuez des biopsies osseuses et tissulaires et traitez avec une thérapie dirigée.
- > Si disponibles commencez immédiatement un traitement antibiotique IV dès que le diagnostic est posé et que des échantillons de sang et de pus ont été prélevés.
- > Ajuster l'antibiothérapie en fonction des résultats de la culture et du test de sensibilité aux antibiotiques (AST), si disponibles, ou si la réponse clinique au traitement antibiotique n'est pas satisfaisante.
- > Continuer avec les antibiotiques IV jusqu'à ce qu'il y ait des preuves d'une bonne réponse clinique et que les marqueurs biologiques de l'infection s'améliorent, puis envisager de passer à une antibiothérapie orale si une option orale appropriée est disponible. Si la culture n'est pas disponible, envisager un traitement d'abaissement empirique aux antimicrobiens oraux avec amoxicilline/acide clavulanique, céfalexine ou flucloxacilline.

Autres notes:

- > Consulter un orthopédiste et envisager un drainage chirurgical
- > Si l'infection est causée par *S. aureus* qui est résistant à la cloxacilline (MRSA), remplacez la cloxacilline par la vancomycine 15 mg/kg/dose toutes les 6 heures IV.

Le blood system

Sepsis in the Newborn

Définition clinique: Invasion du sang par des bactéries ou d'autres micro-organismes avant ou après la naissance qui peut se propager pour impliquer d'autres organes/systèmes, par ex. méninges (méningite), poumons (pneumonie), os (ostéomyélite) et reins (pyélonéphrite). Les symptômes peuvent être variables et non spécifiques. Les agents pathogènes bactériens courants comprennent le streptocoque du groupe B, *S. aureus*, les espèces d'*Enterococcus*, les organismes à Gram négatif, y compris les entérobactéries (comme les espèces *E. coli*, *K. pneumoniae*, *Enterobacter* et *Serratia*) et les espèces d'*Acinetobacter* et de *Pseudomonas*. Les deux derniers sont le plus souvent associés à l'hôpital et varient en fonction des milieux hospitaliers locaux. *L. monocytogenes*, bien qu'un agent pathogène néonatal reconnu, est moins fréquent.

Apparition précoce (moins de 48 heures)

Choix antibiotique préféré

| Medicament | Formulation | Dosage | Durée |
|---|--|---|---|
| Thérapie combinée avec : Ampicilline (IV) PLUS Gentamicine (IV) ^A | Ampicilline - Poudre pour injection : 500 mg ; 1 g (sous forme de sel de sodium) en flacon | <ul style="list-style-type: none"> o Première semaine de vie (7 jours ou moins) : 50 mg/kg/dose toutes les 8 heures o 8 jours et plus : 50 mg/kg/dose toutes les 6 heures | 5 à 7 jours ou tel que déterminé par l'évaluation clinique et les résultats de laboratoire/microbiologiques |
| | Gentamicine - Injection : 10 mg; 40 mg (sous forme de sulfate)/ mL dans un flacon de 2 mL. | <ul style="list-style-type: none"> o 4 mg/kg/dose une fois par jour | |

| Pour les patients ne répondant pas au traitement | | | |
|---|---|---|---|
| Thérapie combinée avec : Céfotaxime (IV) ^B PLUS Ampicilline (IV) | Céfotaxime - Poudre pour injection : 250 ou 500 mg par flacon (sous forme de sel de sodium) | <ul style="list-style-type: none"> ○ Première semaine de vie (7 jours ou moins) : 50 mg/kg/dose toutes les 12 heures ○ 8-20 jours : 50 mg/kg/dose toutes les 8 heures ○ 21 jours et plus : 50 mg/kg/dose toutes les 6 heures | 5 à 7 jours ou tel que déterminé par l'évaluation clinique et les résultats de laboratoire/microbiologiques |
| | Ampicilline - Poudre pour injection : 500 mg, 1 g (sous forme de sel de sodium) en flacon | <ul style="list-style-type: none"> ○ Première semaine de vie (7 jours ou moins) : 50 mg/kg/dose toutes les 8 heures ○ 8 jours et plus : 50 mg/kg/dose toutes les 6 heures | |
| Apparition tardive (48 heures et plus) | | | |
| Choix antibiotique préféré | | | |
| Medicament | Formulation | Dosage | Durée |
| Thérapie combinée avec : Céfotaxime (IV) ^B PLUS Ampicilline (IV) | Céfotaxime - Poudre pour injection : 250 ou 500 mg par flacon (sous forme de sel de sodium) | <ul style="list-style-type: none"> ○ Première semaine de vie (7 jours ou moins) : 50 mg/kg/dose toutes les 12 heures ○ 8-20 jours : 50 mg/kg/dose toutes les 8 heures ○ 21 jours et plus : 50 mg/kg/dose toutes les 6 heures | 5 à 7 jours ou tel que déterminé par l'évaluation clinique et les résultats de laboratoire/microbiologiques |
| | Ampicilline - Poudre pour injection : 500 mg, 1 g (sous forme de sel de sodium) en flacon | <ul style="list-style-type: none"> ○ Première semaine de vie (7 jours ou moins) : 50 mg/kg/dose toutes les 8 heures ○ 8 jours et plus : 50 mg/kg/dose toutes les 6 heures | |
| Pour les patients ne répondant pas au traitement ou guidés par des résultats de laboratoire/microbiologiques ou dans des établissements de soins de santé avec des taux élevés d'agents pathogènes à Gram négatif acquis à l'hôpital/résistants à plusieurs médicaments | | | |

| | | | |
|--|--|--|---------------------------------------|
| Si méningite suspectée ou confirmée : Méropénème (IV) | Meropenem - Poudre pour injection : 500 mg (sous forme de trihydrate) ; 1 g (sous forme de trihydrate) en flacon | 40 mg/kg/dose toutes les 8 heures | Si méningite confirmée : 14 –21 jours |
| Si méningite exclue ou considérée comme peu probable : Pipéracilline/tazobactam (IV) PLUS Amikacine (IV) ^A | Pipéracilline/tazobactam-Poudre pour injection : 2 g (sous forme de sel de sodium) + 250 mg (sous forme de sel de sodium) ; 4 g (sous forme de sel de sodium) + 500 mg (sous forme de sel de sodium) en flacon | <ul style="list-style-type: none"> ○ Première semaine de vie (7 jours ou moins) : 100 mg/kg/dose toutes les 12 heures ○ 8 jours et plus : 100 mg/kg/dose toutes les 8 heures | 7 – 10 jours |
| | Amikacine - Poudre pour injection : 100 mg ; 500 mg; 1 g (sous forme de sulfate) en flacon. | 15 mg/kg/dose une fois par jour | |
| <p>Principes d'intendance :</p> <ul style="list-style-type: none"> > La sélection empirique des antibiotiques doit être guidée par les schémas locaux de sensibilité aux antibiotiques, lorsque les données sont disponibles. En l'absence de données locales, suivez les directives décrites ci-dessus. > Si un organisme est cultivé et que des tests de sensibilité aux antibiotiques sont disponibles, le passage à un antibiotique à spectre plus étroit doit être envisagé en discussion avec un spécialiste et/ou un microbiologiste clinique. > La durée du traitement doit être déterminée par les résultats cliniques et de laboratoire et la réponse clinique. | | | |
| <p>Autres notes:</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Lors du traitement par la gentamicine ou l'amikacine, effectuer des tests de la fonction rénale et une surveillance thérapeutique des médicaments, le cas échéant. B. Si le céfotaxime n'est pas disponible, utilisez ceftriaxone 50 mg/kg/dose toutes les 12 heures chez les nouveau-nés (en association avec la benzylpénicilline ou l'ampicilline) sauf chez les nouveau-nés atteints d'ictère et les nouveau-nés recevant des solutions IV contenant du calcium. > Envisager l'ajout de vancomycine chez les patients ne répondant pas au traitement ou si une infection staphylococcique résistante est suspectée. | | | |

Infection bactérienne grave possible chez les nourrissons de moins de 3 mois (acquis dans la communauté)

Définition clinique: Un nouveau-né ou un jeune nourrisson gravement malade pour lequel une évaluation diagnostique urgente d'une éventuelle infection bactérienne grave, notamment une méningite, une pneumonie, une infection des voies urinaires et une infection sanguine est requise, et un traitement antibiotique empirique à large spectre urgent est approprié. Chez les nourrissons de plus de 3 mois, les enfants et les adolescents, le choix de l'antibiothérapie empirique doit être guidé par le tableau clinique et dirigé vers le(s) système(s) organique(s) le(s) plus susceptible(s) d'être impliqués et guidé par la section pertinente de cette directive. Si la présentation clinique n'est pas spécifique, utilisez les recommandations empiriques d'antibiotiques pour le nourrisson (28 à 90 jours) ci-dessous.

Neonate

Choix antibiotique préféré

| Medicament | Formulation | Dosage | Durée ^A |
|--|---|---|--------------------|
| Thérapie combinée avec : Céfotaxime (IV) ^B PLUS Ampicilline (IV) | Céfotaxime - Poudre pour injection : 250 ou 500 mg par flacon (sous forme de sel de sodium) | <ul style="list-style-type: none"> ○ Première semaine de vie (7 jours ou moins) : 50 mg/kg/dose toutes les 12 heures ○ 8-20 jours : 50 mg/kg/dose toutes les 8 heures ○ 21 jours et plus : 50 mg/kg/dose toutes les 6 heures | 7 – 10 jours |
| | Ampicilline - Poudre pour injection : 500 mg, 1 g (sous forme de sel de sodium) en flacon | <ul style="list-style-type: none"> ○ Première semaine de vie (7 jours ou moins) : 100 mg/kg/dose toutes les 8 heures ○ 8 jours et plus : 100 mg/kg/dose toutes les 6 heures | |
| Si méningite exclue ou considérée comme peu probable | | | |
| Thérapie combinée avec : Ampicilline (IV) PLUS Cloxacilline (IV) PLUS Gentamicine (IV) | Ampicilline - Poudre pour injection : 500 mg, 1 g (sous forme de sel de sodium) en flacon | <ul style="list-style-type: none"> ○ Première semaine de vie (7 jours ou moins) : 100 mg/kg/dose toutes les 8 heures ○ 8 jours et plus : 100 mg/kg/dose toutes les 6 heures | 7 – 10 jours |
| | Cloxacilline - Poudre pour injection : 500 mg (sous forme de sel de sodium) en flacon. | <ul style="list-style-type: none"> ○ Première semaine de vie (7 jours ou moins) : 50 mg/kg/dose toutes les 12 heures ○ 8-28 jours : 50 mg/kg/dose toutes les 8 heures ○ Plus de 28 jours : 50 mg/kg/dose toutes les 6 heures | |
| | Gentamicine - Injection : 10 mg; 40 mg (sous forme de sulfate)/ mL dans un flacon de 2 mL. | <ul style="list-style-type: none"> ○ 4 mg/kg/dose une fois par jour | |
| Si la cloxacilline (IV) n'est pas disponible, remplacez-la par : Céfazoline (IV) Traiter en association avec l'ampicilline (IV) et la gentamicine (IV), comme ci-dessus. | Céfazoline - Poudre pour injection : 1 g (sous forme de sel de sodium) en flacon. | <ul style="list-style-type: none"> ○ Première semaine de vie (7 jours ou moins) : 50 mg/kg/dose toutes les 12 heures ○ 8 jours et plus : 50 mg/kg/dose toutes les 8 heures | |
| Bébé | | | |
| Choix antibiotique préféré | | | |
| Medicament | Formulation | Dosage | Durée ^A |
| Ceftriaxone (IV) | Poudre injectable : 250 mg ; 1 g (sous forme de sel de sodium) en flacon | 50 mg/kg/dose toutes les 12 heures | 7 – 10 jours |
| Si méningite exclue ou considérée comme peu probable | | | |

| | | | |
|---|--|-----------------------------------|--------------|
| Thérapie combinée avec : Ampicilline (IV) PLUS Cloxacilline (IV) PLUS Gentamicine (IV) ^C | Ampicilline - Poudre pour injection : 500 mg, 1 g (sous forme de sel de sodium) en flacon | 50 mg/kg/dose toutes les 6 heures | 7 – 10 jours |
| | Cloxacilline - Poudre pour injection : 500 mg (sous forme de sel de sodium) en flacon. | 50 mg/kg/dose toutes les 6 heures | |
| | Gentamicine - Injection : 10 mg; 40 mg (sous forme de sulfate)/ mL dans un flacon de 2 mL. | 5-7,5 mg/kg une fois par jour | |
| Principes d'intendance : | | | |
| <p>A. La durée de l'antibiothérapie dépend de la confirmation d'un foyer d'infection bactérienne (par exemple méningite, infection des voies respiratoires inférieures, infection urinaire, ostéomyélite/arthrite septique, infection sanguine) et de la réponse clinique au traitement. Reportez-vous aux sections pertinentes sur les infections spécifiques dans cette directive. Si aucun foyer d'infection n'est cliniquement apparent ou confirmé par des tests de laboratoire/microbiologiques, continuez les antibiotiques IV jusqu'à ce qu'il y ait une bonne réponse clinique et que les marqueurs biologiques de l'infection s'améliorent (généralement moins d'une semaine)</p> <p>> Reconsidérez le choix de l'antibiotique, en visant la monothérapie lorsque cela est possible, lorsque les résultats des cultures et des tests de sensibilité aux antibiotiques sont disponibles ou si l'état de l'enfant ne s'améliore pas.</p> | | | |
| Autres notes: | | | |
| <p>B. Si le céfotaxime n'est pas disponible, utilisez ceftriaxone 50 mg/kg/dose toutes les 12 heures chez les nouveau-nés (en association avec la benzylpénicilline ou l'ampicilline) sauf chez les nouveau-nés atteints d'ictère et les nouveau-nés recevant des solutions IV contenant du calcium.</p> <p>C. Lors du traitement par la gentamicine, effectuer des tests de la fonction rénale et une surveillance thérapeutique des médicaments, le cas échéant.</p> <p>> L'administration précoce d'antibiotiques à large spectre est essentielle chez les patients présentant un sepsis.</p> | | | |

Partie 6. Traitements antibiotiques recommandés pour les infections et syndromes bactériens courants chez les patients adultes

Système nerveux central

| Méningite bactérienne aiguë (acquise dans la communauté) | | | |
|--|---|--------------------------|---|
| Définition clinique: Inflammation des méninges et de l'espace sous-arachnoïdien. Les symptômes courants comprennent des maux de tête, de la fièvre, une raideur de la nuque, une conscience réduite. Les principales causes de méningite bactérienne comprennent <i>N. meningitidis</i> , <i>S. pneumoniae</i> , <i>L. monocytogenes</i> . | | | |
| Choix antibiotique préféré(s) | | | |
| Medicament | Formulation | Dosage | Durée |
| Ceftriaxone (IV) | Poudre injectable : 250 mg ; 1 g (sous forme de sel de sodium) en flacon | 2 g toutes les 12 heures | Si culture négative : 10 jours. En cas d'infection à <i>S. pneumoniae</i> prouvée: 14 jours |
| Céfotaxime (IV) | Poudre pour injection : 250 mg par flacon (sous forme de sel de sodium) | 2 g toutes les 6 heures | |
| Choix d'antibiotiques alternatifs | | | |
| Ampicilline (IV) | Poudre injectable : 500 mg ; 1 g (sous forme de sel de sodium) en flacon | 3 g toutes les 6 heures | 10 jours, ou si <i>L. monocytogenes</i> confirmé: 3 semaines |
| Benzylpénicilline (IV) | Poudre pour injection : 600 mg ; 3 g (sel de sodium ou de potassium) en flacon | 4 UM toutes les 4 heures | 10 jours |
| Chloramphénicol (IV) ^A | Poudre pour injection : 1 g (succinate de sodium) en flacon | 1 g toutes les 6 heures | 10 jours |
| En cas d'allergie à la pénicilline non sévère | | | |
| Ceftriaxone | Poudre injectable : 250 mg ; 1 g (sous forme de sel de sodium) en flacon | 2 g toutes les 12 heures | Si culture négative : 10 jours. En cas d'infection à <i>S. pneumoniae</i> prouvée: 14 jours |
| Céfotaxime(IV) | Poudre pour injection : 250 mg par flacon (sous forme de sel de sodium) | 2 g toutes les 6 heures | |
| En cas d'allergie sévère à la pénicilline | | | |
| Moxifloxacine (IV, PO) | Comprimé : 400 mg ou 100 mg (dispersible) ; Solution injectable : 400 mg/250 ml ¹⁵ | 400 mg une fois par jour | Si culture négative : 10 jours. En cas d'infection à <i>S. pneumoniae</i> prouvée: 14 jours |

15 Medscape. Médicaments et maladies. Récupéré le 27 janvier 2021. Récupéré de <https://reference.medscape.com/>

Principes d'intendance :

- A. Le chloramphénicol n'est pas recommandé et ne doit être utilisé que si les autres antibiotiques répertoriés ne sont pas disponibles.
- > La méningite aiguë peut être causée par une gamme d'agents pathogènes, dont certains ne sont pas des bactéries. Le diagnostic microbiologique, y compris la culture bactérienne du Liquide cébro-spinalet du sang, doit être obtenu dès que possible pour confirmer l'étiologie.
- > Dans les présentations de nature subaiguë ou chronique, envisager des tests de diagnostic de la méningite tuberculeuse, en particulier dans les zones d'endémie du VIH.

Autres notes:

- > Ajouter de l'ampicilline dans les situations d'épidémies confirmées de *Listeria* et pour les patients à haut risque de *Listeria*, notamment :
 - > Patients de plus de 50 ans
 - > Patients immunodéprimés – cancer, transplantation, etc.
 - > Les patients souffrant d'alcoolisme, de cirrhose, etc.
 - > Femmes enceintes

Tête, œil, oreille, nez et gorge

Otite moyenne aiguë

Définition clinique: Infection aiguë et inflammation de l'oreille moyenne. Les symptômes courants comprennent des douleurs aux oreilles et des difficultés à entendre. Les étiologies bactériennes courantes comprennent *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *M. catarrhalis*, *S. aureus*, *Streptococcus* sp.

Choix antibiotique préféré(s)

| Medicament | Formulation | Dosage | Durée |
|-------------------|---|----------------------------|---------|
| Amoxicilline (PO) | Poudre pour liquide oral : 125 mg (sous forme de trihydrate)/5 ml ; 250 mg (sous forme de trihydrate)/5 ml; Forme posologique orale solide : 250 mg ; 500 mg (sous forme de trihydrate) | 500 mg toutes les 8 heures | 5 jours |

Choix d'antibiotiques alternatifs^A

| | | | |
|--|---|---|---------|
| Amoxicilline + acide clavulanique (PO) | Liquide oral : 125 mg d'amoxicilline + 31,25 mg d'acide clavulanique/5 mL ET 250 mg d'amoxicilline + 62,5 mg d'acide clavulanique/5 mL ; Comprimé : 500 mg (sous forme de trihydrate) + 125 mg (sous forme de sel de potassium) | 500 mg de composant amoxicilline toutes les 12 heures | 5 jours |
|--|---|---|---------|

En cas d'allergie médicamenteuse confirmée ou de contre-indication médicale

| | | | |
|--------------------|--|-----------------|---------|
| Azithromycine (PO) | Gélule : 250 mg ; 500 mg (anhydre); Liquide oral : 200 mg/5 mL | 500 mg par jour | 3 jours |
|--------------------|--|-----------------|---------|

Principes d'intendance :

- A. Si le patient a reçu des antibiotiques au cours du dernier mois, utiliser l'amoxicilline-acide clavulanique de préférence à l'amoxicilline.

Autres notes:

- > Aucun

| Abcès dentaire (y compris la gingivite) | | | |
|--|---|--|---|
| Définition clinique: Infections dentaires dues aux caries, à la gingivite et à la parodontite. Les symptômes courants comprennent une douleur intense, une sensibilité dentaire et une inflammation du visage et des gencives. La plupart des infections sont polymicrobiennes et incluent des bactéries anaérobies. | | | |
| Choix antibiotique préféré(s) | | | |
| Medicament | Formulation | Dosage | Durée |
| Amoxicilline-acide clavulanique (PO) | Liquide oral : 125 mg d'amoxicilline + 31,25 mg d'acide clavulanique/5 mL ET 250 mg d'amoxicilline + 62,5 mg d'acide clavulanique/5 mL ; Comprimé : 500 mg (sous forme de trihydrate) + 125 mg (sous forme de sel de potassium) | 500 mg de composant d'amoxicilline toutes les 8 heures | 3 jours si contrôle de source adéquat, ou 5 jours sinon |
| Phénoxy-méthyl-pénicilline (pénicilline V) (PO) | Poudre pour liquide oral : 250 mg (sous forme de sel de potassium)/5 ml ; Comprimé : 250 mg (sous forme de sel de potassium) | 500 mg toutes les 6 heures | 3 jours si contrôle de source adéquat, ou 5 jours sinon |
| En cas d'allergie médicamenteuse confirmée ou de contre-indication médicale | | | |
| Thérapie combinée avec : | Azithromycine - Capsule : 250 mg ; 500 mg (anhydre); Liquide oral : 200 mg/5 mL | 500 mg toutes les 6 heures | 5 jours |
| Azithromycine (PO) PLUS Métronidazole (PO) | Métronidazole - Liquide oral : 200 mg (sous forme de benzoate)/5 ml ; Comprimé : 200 mg à 500 mg | 400 mg toutes les 8 heures | |
| Principes d'intendance : | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> > L'abcès dentaire nécessite un drainage chirurgical, pas seulement des antibiotiques. > Si l'abcès est drainé et que le patient s'améliore, envisager d'arrêter les antibiotiques après 3 jours de traitement. > Bien que la gingivite soit un facteur de risque d'abcès dentaire, seule la gingivite nécrosante aiguë doit être traitée avec des antibiotiques. > Pour les gingivites sans nécrose ni abcès, ne pas traiter avec des antibiotiques. | | | |
| Autres notes: | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> > Pour la gingivite nécrosante aiguë : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Traiter avec la clindamycine [Posologie : Capsule : 150 mg (sous forme de chlorhydrate) ; Injection : 150 mg (sous forme de phosphate)/mL ; Liquide oral : 75 mg/5 mL (sous forme de palmitate)] pendant 3 jours. ▪ En cas de gingivite aiguë nécrosante associée à une malnutrition, traiter avec des vitamines. | | | |

| Pharyngo-amygdalite bactérienne (y compris streptocoque et diphtérie) | | | |
|---|---|----------------------------|---------------------|
| Définition clinique: Infection provoquant une inflammation aiguë de la paroi pharyngée et des amygdales causée par diverses classes de <i>S. pyogenes</i> ou <i>C. diphtheriae</i> (diphtérie). Les symptômes courants incluent le mal de gorge; fièvre légère; et inflammation des amygdales, de la luette, des ganglions lymphatiques, de la région sous-maxillaire et du cou. | | | |
| Choix antibiotique préféré(s) | | | |
| Medicament | Formulation | Dosage | Durée ¹⁶ |
| Phénoxy-méthyl-pénicilline (pénicilline V) (PO) | Poudre pour liquide oral : 250 mg (sous forme de sel de potassium)/5 ml ; Comprimé : 250 mg (sous forme de sel de potassium) | 500 mg toutes les 6 heures | 5 jours |
| Amoxicilline (PO) | Poudre pour liquide oral : 125 mg (sous forme de trihydrate)/5 ml ; 250 mg (sous forme de trihydrate)/5 ml; Forme posologique orale solide : 250 mg ; 500 mg (sous forme de trihydrate) | 500 mg toutes les 8 heures | 5 jours |
| En cas d'allergie sévère confirmée à la pénicilline ou de contre-indication médicale | | | |
| Azithromycine (PO) | Gélule : 250 mg ; 500 mg (anhydre); Liquide oral : 200 mg/5 mL | 500 mg par jour | 3 jours |
| Principes d'intendance : | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> > 85 % ou plus des cas de pharyngo-amygdalite sont d'origine virale. La plupart des cas de pharyngo-amygdalite chez l'adulte doivent être traités avec une attente vigilante et un soulagement symptomatique. Les antibiotiques ne doivent pas être envisagés à moins qu'il n'y ait un diagnostic confirmé de Streptocoque du groupe A. | | | |
| Autres notes: | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> > Si les signes cliniques ou le contexte épidémiologique suggèrent une diphtérie, traiter avec de l'antitoxine diphtérique en plus de la pénicilline ou du macrolide. | | | |

Cardiaque

| Endocardite infectieuse | | | |
|--|--|--------------------------|----------|
| Endocardite valvulaire native | | | |
| Définition clinique: Les symptômes peuvent être variables et non spécifiques. Les étiologies courantes comprennent <i>S. aureus</i> ⁴ et les espèces streptococciques et entérococciques. | | | |
| Choix antibiotique préféré(s) | | | |
| Medicament | Formulation | Dosage | Durée |
| Thérapie combinée avec : Benzylpénicilline (pénicilline G, IV) PLUS Gentamicine (IV) | Poudre pour injection : 600 mg ; 3 g (sel de sodium ou de potassium) en flacon | 5 MU toutes les 6 heures | 28 jours |
| | Gentamicine - Injection : 10 mg; 40 mg (sous forme de sulfate)/mL dans un flacon de 2 mL | 3 mg/kg par jour | 14 jours |

¹⁶ Casey, J. R., Pichichero, M.E. (2005). Méta-analyse du traitement antibiotique de courte durée pour l'amygdalite streptococcique du groupe A. *Le Journal des maladies infectieuses pédiatriques*; 24(10) : 909-917.

| Choix d'antibiotiques alternatifs | | | |
|---|--|--|------------|
| Thérapie combinée avec : | Ampicilline - Poudre pour injection : 500 mg ; 1 g (sous forme de sel de sodium) en flacon | 2 g 4 toutes les heures | 28 jours |
| Ampicilline (IV) | | | |
| PLUS | Gentamicine - Injection : 10 mg; 40 mg (sous forme de sulfate)/ml dans un flacon de 2 ml | 3 mg/kg par jour | 14 jours |
| Gentamicine (IV) | | | |
| En cas d'allergie médicamenteuse confirmée ou de contre-indication médicale | | | |
| Vancomycine (IV) | Poudre pour injection : 250 mg (sous forme de chlorhydrate) en flacon | 20 mg/kg toutes les 12 heures | 6 semaines |
| Infection de la valve prothétique ou du stimulateur cardiaque | | | |
| Définition clinique: Infection associée à l'insertion ou à la présence d'une valve prothétique, d'un stimulateur cardiaque ou d'un défibrillateur implanté. Les étiologies courantes comprennent <i>S. aureus</i> , <i>S. epidermidis</i> et d'autres espèces de staphylocoques. | | | |
| Choix antibiotique préféré(s) | | | |
| Medicament | Formulation | Dosage | Durée |
| Thérapie combinée avec : | Vancomycine - Poudre pour injection : 250 mg (sous forme de chlorhydrate) en flacon | Dose de charge : 25 – 30 mg/kg suivie d'une dose d'entretien : 10 – 15 mg/kg | 6 semaines |
| Vancomycine (IV) | | | |
| PLUS | Gentamicine - Injection : 10 mg; 40 mg (sous forme de sulfate)/ mL dans un flacon de 2 mL | 3 mg/kg par jour | 2 semaines |
| Gentamicine (IV) | | | |
| PLUS | Rifampicine - Liquide oral : 20 mg/mL ; Forme posologique orale solide : 150 mg ; 300 mg | 7,5 mg/kg toutes les 12 heures | 6 semaines |
| Rifampicine (PO) | | | |
| Principes d'intendance : | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> > Pour les cas suspects d'endocardite infectieuse, 3 hémocultures doivent être obtenues en succession rapide à partir de 3 sites anatomiques dans les 6 heures avant l'administration de l'antibiothérapie. > Environ 10 % des cas d'endocardite sont négatifs à la culture. La raison la plus courante est la réception d'antibiotiques avant les hémocultures. Il est vrai qu'une endocardite à culture négative suggère une infection par un organisme exigeant et inclut <i>Bartonella</i> sp., <i>Coxiella burnetti</i> (Q Fever) et <i>Brucella</i> sp, chacune associée à des facteurs de risque spécifiques. Discutez des options d'investigation et de traitement avec votre laboratoire de pathologie local. | | | |
| Autres notes: | | | |
| <p>A. S'il existe des facteurs de risque de <i>S. aureus</i> (par exemple, le patient utilise des médicaments IV, si la végétation est très importante ou si le patient présente des symptômes qui s'accroissent rapidement), ajouter de la cloxacilline.</p> | | | |

Respiratoire

| Bronchite aiguë | | | |
|---|---|--|---------|
| Définition clinique: Inflammation des voies respiratoires supérieures due à une infection virale ou à des irritants. | | | |
| La bronchite aiguë est une infection virale et NE doit PAS être traitée avec des antibiotiques. | | | |
| Exacerbation aiguë des maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) | | | |
| Définition clinique: Aggravation aiguë ou subaiguë de la dyspnée (supérieure ou égale à 5 sur une échelle visuelle analogique allant de 0 à 10) parfois mais pas nécessairement accompagnée d'une augmentation de la toux, du volume des crachats et/ou de la purulence des crachats. | | | |
| Choix antibiotique préféré(s) – Mild-moderate disease | | | |
| Medicament | Formulation | Dosage | Durée |
| Amoxicilline (PO) | Poudre pour liquide oral : 125 mg (sous forme de trihydrate)/5 ml ; 250 mg (sous forme de trihydrate)/5 ml; Forme posologique orale solide : 250 mg ; 500 mg (sous forme de trihydrate) | 500 mg toutes les 8 heures | 5 jours |
| Doxycycline (PO) | Liquide oral : 25 mg/5 mL ; 50 mg/5 ml (anhydre); Forme posologique orale solide : 50 mg; 100 mg (sous forme d'hydrate) | 200 mg IMMEDIATEMENT (STAT) puis 100 mg toutes les 12 heures | 5 jours |
| Choix antibiotique préféré(s) – Maladie sévère | | | |
| Amoxicilline + acide clavulanique (PO) | Liquide oral : 125 mg d'amoxicilline + 31,25 mg d'acide clavulanique/5 mL ET 250 mg d'amoxicilline + 62,5 mg d'acide clavulanique/5 mL ; Comprimé : 500 mg (sous forme de trihydrate) + 125 mg (sous forme de sel de potassium) | 500 mg de composant amoxicilline toutes les 8 heures | 5 jours |
| En cas d'allergie médicamenteuse confirmée ou de contre-indication médicale en cas de maladie grave | | | |
| Azithromycine | Gélule : 250 mg ; 500 mg (anhydre); Liquide oral : 200 mg/5 mL | 500 mg par jour | 3 jours |

| |
|--|
| Principes d'intendance : |
| <ul style="list-style-type: none"> > Jusqu'à 50 % des exacerbations aiguës liées à l'infection sont virales. Les biomarqueurs tels que la protéine C réactive (CRP) et la procalcitonine (PCT) peuvent jouer un rôle dans la différenciation, lorsqu'ils sont disponibles. |
| Autres notes: |
| <ul style="list-style-type: none"> > Les exacerbations de la Bronchopneumopathie chronique obstructive(BPCO) sont généralement non infectieuses et nécessitent une optimisation de la prise en charge thérapeutique non antimicrobienne. |

Pneumonie acquise en communauté (PAC) légère à modérée chez les patients ambulatoires

Définition clinique: Pneumonie avec apparition chez les patients non admis à l'hôpital. La gravité de la maladie légère à modérée est traitée en ambulatoire. (Pour les PAC sévères (score CURB > 2), voir ci-dessous)

Choix antibiotique préféré(s)

| Medicament | Formulation | Dosage | Durée |
|-------------------|--|-------------------------|---------|
| Amoxicilline (PO) | Amoxicilline - Poudre pour liquide oral : 125 mg (sous forme de trihydrate)/5 ml ; 250 mg (sous forme de trihydrate)/5 ml; Forme posologique orale solide : 250 mg ; 500 mg (sous forme de trihydrate) | 1 g toutes les 8 heures | 5 jours |

Choix d'antibiotiques alternatifs

| | | | |
|------------------|---|------------------|---------|
| Doxycycline (PO) | Liquide oral : 25 mg/5 mL ; 50 mg/5 ml (anhydre); Forme posologique orale solide : 50 mg; 100 mg (sous forme d'hydrate) | 100 mg 12 heures | 5 jours |
|------------------|---|------------------|---------|

Chez les patients présentant des comorbidités sévères (alcoolisme, maladie pulmonaire obstructive chronique, aspiration témoin qui progresse après 24 à 48 heures, etc.)

| | | | |
|--|--|--|---------|
| Amoxicilline + acide clavulanique (PO) | Oral liquid: 125 mg amoxicillin + 31.25 mg clavulanic acid/5 mL AND 250 mg amoxicillin + 62.5 mg clavulanic acid/5 mL; Tablet: 500 mg (as trihydrate) + 125 mg (as potassium salt) | 500 mg de composant d'amoxicilline toutes les 8 heures | 5 jours |
|--|--|--|---------|

En cas d'allergie médicamenteuse confirmée ou de contre-indication médicale

| | | | |
|---------------------------------|--|-----------------|---------|
| Azithromycine (PO) ^A | Gélule : 250 mg ; 500 mg (anhydre); Liquide oral : 200 mg/5 mL | 500 mg par jour | 3 jours |
|---------------------------------|--|-----------------|---------|

Principes d'intendance :

- A. Les macrolides doivent être évités dans les pays où les taux de résistance aux macrolides sont élevés en *S. pneumoniae* et doivent plutôt être réservés au traitement des patients allergiques à la pénicilline.
- > Les fluoroquinolones doivent être évitées, en particulier dans les pays d'endémie tuberculeuse.

Autres notes:

- > L'hémoculture est préférable à la culture des expectorations si le patient est hospitalisé.
- > Si l'azithromycine ou un autre macrolide n'est pas disponible, traiter avec une quinolone telle que la moxifloxacine ou la lévofloxacine.

Pneumonie acquise dans la communauté sévère chez les patients hospitalisés

Définition clinique: La maladie grave est définie par un score CURB-65 supérieur à deux et nécessite une hospitalisation¹⁷.

Choix antibiotique préféré(s)

| Medicament | Formulation | Dosage | Durée |
|--|--|--|---------|
| Thérapie combinée avec : Ceftriaxone (IV/IM) OU Céfotaxime (IV/IM) PLUS Clarithromycine OU Azithromycine (PO) | Ceftriaxone - Poudre pour injection : 250 mg ; 1 g (sous forme de sel de sodium) en flacon | 2 g par jour | 5 jours |
| | Céfotaxime - Poudre pour préparations injectables : 250 mg par flacon (sous forme de sel de sodium) | 2 g toutes les 8 heures | 5 jours |
| | Clarithromycine - Forme posologique orale solide : 500 mg ; Poudre pour liquide oral : 125 mg/5 ml ; 250 mg/5 ml; Poudre pour injection : 500 mg en flacon | 500 mg par voie orale toutes les 12 heures | 5 jours |
| | Azithromycine - Capsule : 250 mg ; 500 mg (anhydre); Liquide oral : 200 mg/5 mL | 500 mg par jour | 5 jours |
| En cas d'allergie médicamenteuse confirmée ou de contre-indication médicale | | | |
| Moxifloxacine (IV/PO) | Comprimé : 400 mg ; Comprimé (dispersible) : 100 mg ; Solution injectable : 400mg/250 mL ³ | 400 mg par jour | 5 jours |

¹⁷ Jones, B.E., Jones, J.J., Bewick, T., Lim, W.S., Aronsky, D., Brown, S.M., Boersma, W.G., et al. (2011). CURB-65 Évaluation de la gravité de la pneumonie adaptée pour l'aide à la décision électronique. CHEST; 140(1):150-63.

Principes d'intendance :

- > Obtenir une hémoculture avant de commencer l'antibiothérapie.
- > Si disponible, effectuez un test d'antigène urinaire de la légionelle - un résultat positif permettra l'arrêt de la b-lactamine et l'extension de l'azithromycine à un minimum de 7 jours pour traiter *L. pneumophila*
- > Dans les zones à forte endémie Tuberculeuse, évaluer les patients présentant de la fièvre et de la toux avec ou sans symptômes constitutionnels (anorexie, perte de poids, sueurs nocturnes) pour une tuberculose active.
- > La doxycycline peut être utilisée à la place d'un macrolide si elle n'est pas disponible.

Autres notes:

- > Aucun

Pneumonie (nosocomiale) Acquis à l'hôpital(PAH)

Définition clinique: Pneumonie survenant au moins 48 heures après l'admission à l'hôpital, à l'exclusion de la pneumonie acquise sous ventilateur. L'HAP d'apparition précoce est définie comme une apparition dans les 5 jours suivant l'admission. Les étiologies courantes des HAP d'apparition précoce comprennent *S. Pneumoniae*, *S. aureus*, *H. influenzae* et les bacilles entériques à Gram négatif. L'apparition tardive d'une HAP est définie comme une apparition 5 jours après l'admission ; les étiologies courantes comprennent *E. coli*, *S. marcescens*, *K. pneumoniae*, *A. baumannii*, *P. aeruginosa* et les espèces *Enterobacter*.

Choix antibiotique préféré(s)

| Medicament | Formulation | Dosage | Durée |
|---|--|---|--------------|
| Pour les établissements présentant un faible niveau de résistance aux antibiotiques ou pour lesquels la résistance est inconnue et/ou pour les patients non transférés depuis des établissements présentant une résistance élevée : | | | |
| Ceftriaxone(IV) | Poudre injectable : 250 mg ; 1 g (sous forme de sel de sodium) en flacon | 2 g par jour | 8 jours |
| Céfotaxime(IV) | Poudre pour injection : 250 mg par flacon (sous forme de sel de sodium) | 2 g toutes les 8 heures | 8 jours |
| Amoxicilline + acide clavulanique (IV) | Poudre pour injection : 500 mg (sous forme de sodium) + 100 mg (sous forme de sel de potassium) ; 1000 mg (sous forme de sodium) + 200 mg (sous forme de sel de potassium) en flacon. | 1 g de composant amoxicilline toutes les 8 heures | 8 jours |
| Pour les établissements à forte résistance à Gram négatif et/ou pour les patients présentant des facteurs de risque de résistance : | | | |
| Pipéracilline-tazobactam (IV) | Poudre pour préparations injectables : 2 g (sous forme de sel de sodium) + 250 mg (sous forme de sel de sodium) ; 4 g (sous forme de sel de sodium) + 500 mg (sous forme de sel de sodium) en flacon | 4,5 g toutes les 8 heures | 7 – 14 jours |

| Choix d'antibiotiques alternatifs | | | |
|--|---|-----------------|--------------|
| Ertapenem | Poudre pour injection : 1g/ flacon ³ | 1 g par jour | 7 – 14 jours |
| En cas d'allergie médicamenteuse confirmée ou de contre-indication médicale | | | |
| Moxifloxacine (PO) | Comprimé : 400 mg ; Comprimé (dispersible) : 100 mg | 400 mg par jour | 7 – 14 jours |
| Principes d'intendance : | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> > Le choix empirique des antibiotiques pour la Pneumonie acquise à l'hôpital(PAH) doit être éclairé par les profils de résistance locaux de votre hôpital/unité. > Il est recommandé d'obtenir des hémocultures et des cultures d'expectorations avant de commencer les antibiotiques. > Passer des antibiotiques IV aux antibiotiques oraux lorsque le patient peut tolérer les médicaments oraux et dès que les signes et les symptômes d'infection s'améliorent (par exemple, amélioration clinique et de laboratoire du nombre de globules blancs). | | | |
| Autres notes: | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> > S'il existe des facteurs de risque d'infection à Pseudomonas, augmenter la fréquence d'administration de pipéracilline-tazobactam à toutes les 6 heures et utiliser un carbapénème de deuxième génération (par exemple, méropénème ou imipénème) à la place de l'ertapénème. | | | |

Gastro-intestinal

| Maladie diarrhéique invasive aiguë (dysenterie) | | | |
|---|--|---|---------|
| Définition clinique: Infection aiguë généralement causée par des bactéries entraînant une diarrhée sanglante, souvent associée à de la fièvre et des douleurs abdominales. Les étiologies bactériennes comprennent <i>Shigella flexneri</i> , <i>Campylobacter jejuni</i> , <i>E. coli</i> entéro-invasive et entérohémorragique et les espèces de <i>Salmonella</i> non typhiques. La dysenterie peut également être causée par <i>Entamoeba histolytica</i> , un protozoaire pathogène. | | | |
| Choix antibiotique préféré(s) | | | |
| Medicament | Formulation | Dosage | Durée |
| Ciprofloxacine (PO) | Liquide oral : 250 mg/5 mL (anhydre) ; Comprimé : 250 mg (sous forme de chlorhydrate) | 500 mg toutes les 12 heures | 3 jours |
| Choix d'antibiotiques alternatifs | | | |
| Ceftriaxone (IV) | Poudre injectable : 250 mg ; 1 g (sous forme de sel de sodium) en flacon | 1 g toutes les 12 heures | 5 jours |
| Azithromycin (PO) | Capsule: 250 mg; 500 mg (anhydrous); Oral liquid: 200 mg/5 mL | 500 mg chaque jour | 3 jours |
| Pour les cas graves ou ceux évoluant malgré la ciprofloxacine, ajoutez la couverture Entamoeba : | | | |
| Métronidazole (PO) | Injection : 500 mg en flacon de 100 ml ; Liquide oral : 200 mg (sous forme de benzoate)/5 ml ; Suppositoire : 500 mg ; 1 gramme ; Comprimé : 200 mg à 500 mg | 800 mg IMMEDIATEMENT (stat) suivi de 400 mg toutes les 8 heures | 7 jours |

| |
|--|
| Principes d'intendance : |
| <ul style="list-style-type: none"> > La diarrhée infectieuse non sanglante est généralement causée par des virus et ne doit pas être traitée de manière empirique avec des antibiotiques, mais plutôt avec des soins de soutien et une réhydratation. > Envoyez un échantillon de selles pour la culture et la sensibilité avant de commencer les antibiotiques. |
| Autres notes: |
| <ul style="list-style-type: none"> > Chez les patients avec un VIH avancé et un nombre de CD4 < 100 cellules/mm³, envisager une colite à cytomégalovirus (CMV) |

| Infections intra-abdominales compliquées (cIAI) | | | | |
|--|--|--|---|--|
| Définition clinique: Inflammation intra-muros du tractus gastro-intestinal s'étendant dans l'espace péritonéal | | | | |
| Choix antibiotique préféré(s) | | | | |
| Medicament | Formulation | Dosage | Durée ¹⁸ | |
| Si léger à modéré : | | | | |
| Amoxicilline + acide clavulanique (IV/PO) | Poudre pour injection : 500 mg (sous forme de sodium) + 100 mg (sous forme de sel de potassium) ; 1000 mg (sous forme de sodium) + 200 mg (sous forme de sel de potassium) en flacon ; Liquide oral : 125 mg d'amoxicilline + 31,25 mg d'acide clavulanique/5 mL ET 250 mg d'amoxicilline + 62,5 mg d'acide clavulanique/5 mL ; Comprimé : 500 mg (sous forme de trihydrate) + 125 mg (sous forme de sel de potassium) | 875 mg de composant amoxicilline toutes les 8 heures | 4 jours si le contrôle de la source a été réalisé et l'état clinique s'améliore. Dans le cas contraire, la Durée dépendra des progrès cliniques et radiologiques, gérés conjointement avec les chirurgiens. | |
| Si sévère : | | | | |
| Thérapie combinée avec : | Céfotaxime- Poudre pour injection : 250 mg par flacon (sous forme de sel de sodium) | 2 g toutes les 8 heures | | |
| Céfotaxime (IV) | | | | |
| PLUS | Métronidazole - Injection : 500 mg dans un flacon de 100 mL | 500 mg toutes les 6 heures | | |
| Métronidazole (IV) | | | | |
| Thérapie combinée avec : | Ampicilline - Poudre pour injection : 500 mg ; 1 g (sous forme de sel de sodium) en flacon | 200 mg/kg toutes les 4 heures | | |
| Ampicilline (IV) | | | | |
| PLUS | Gentamicine - Injection : 10 mg; 40 mg (sous forme de sulfate)/ mL dans un flacon de 2 mL. | 1 mg/kg toutes les 8 heures | | |
| Gentamicine (IV) | | | | |
| PLUS | Métronidazole - Injection : 500 mg dans un flacon de 100 mL | 500 mg toutes les 6 heures | | |
| Métronidazole (IV) | | | | |

¹⁸ Sawyer, R. G., Claridge, J. A., Nathens, A. B., Rotstein, O. D., Duane, T. M., Evans, H.L., et al. (2015). Essai de thérapie antimicrobienne de courte durée pour l'infection intra-abdominale. *Le Journal de médecine de la Nouvelle-Angleterre*.372: 1996-2005.

| En cas d'acquisition à l'hôpital dans un établissement où la résistance a été documentée, envisagez : | | | |
|--|--|--|---|
| Pipéracilline-tazobactam | Poudre pour préparations injectables : 2 g (sous forme de sel de sodium) + 250 mg (sous forme de sel de sodium) ; 4 g (sous forme de sel de sodium) + 500 mg (sous forme de sel de sodium) en flacon | 4,5 g toutes les 6 heures | 4 jours si le contrôle de la source a été réalisé et l'état clinique s'améliore. Dans le cas contraire, la Durée dépendra des progrès cliniques et radiologiques, gérés conjointement avec les chirurgiens. |
| Choix d'antibiotique alternatif | | | |
| Méropénem | Poudre pour injection : 500 mg (sous forme de trihydrate) ; 1 g (sous forme de trihydrate) en flacon | 1 g toutes les 8 heures | 4 jours si le contrôle de la source a été réalisé et l'état clinique s'améliore. Dans le cas contraire, la Durée dépendra des progrès cliniques et radiologiques, gérés conjointement avec les chirurgiens. |
| En cas d'allergie confirmée à la pénicilline ou de contre-indication médicale | | | |
| Thérapie combinée avec : | Clindamycine - Injection : 150 mg (sous forme de phosphate)/ mL | 20 mg/kg/jour répartis toutes les 6 à 8 heures | 4 jours si le contrôle de la source a été réalisé et l'état clinique s'améliore. Dans le cas contraire, la Durée dépendra des progrès cliniques et radiologiques, gérés conjointement avec les chirurgiens. |
| Clindamycine (IV) PLUS | Gentamicine - Injection : 10 mg; 40 mg (sous forme de sulfate)/ mL dans un flacon de 2 mL. | 1 mg/kg toutes les 8 heures | |
| Gentamicine (IV) OU ALORS Ciprofloxacine (IV) | Ciprofloxacine - Solution pour perfusion IV : 2 mg/ mL (sous forme d'hydrate) | 500 mg toutes les 12 heures | |
| Principes d'intendance : | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> > Obtenir une hémoculture avant de commencer toute nouvelle antibiothérapie. > Breach of the gastrointestinal tract mucosa is a risk factor for candida infection, which should be considered if source control and antibiotic treatment are not inducing a response. > La rupture de la muqueuse du tractus gastro-intestinal est un facteur de risque d'infection à candida, qui doit être pris en compte si le contrôle des sources et le traitement antibiotique n'induisent pas de réponse. > Examinez la tuberculose dans les zones endémiques. | | | |
| Autres notes: | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> > L'infections intra-abdominales compliquées (cIAI) est souvent une infection difficile à traiter et sa prise en charge nécessite une étroite collaboration avec des collègues chirurgicaux pour gérer, car le contrôle des sources est un aspect clé de la gestion. | | | |

Fièvre typhoïde/entérique

| Définition clinique: Maladie systémique due au sérotype Typhi ou Paratyphi de <i>S. enterica</i> , couramment acquise par ingestion d'aliments ou d'eau contaminés. Une fièvre élevée et une diarrhée ou une constipation sont des symptômes courants. | | | |
|--|--|-----------------------------|---|
| Choix antibiotique préféré(s) | | | |
| Medicament | Formulation | Dosage | Durée |
| Pour les cas non compliqués provenant de l'extérieur de l'Asie du Sud ou du Pakistan (faibles niveaux de résistance aux quinolones) : | | | |
| Ciprofloxacine (PO) | Liquide oral : 250 mg/5 mL (anhydre) ; Comprimé : 250 mg (sous forme de chlorhydrate) | 500 mg toutes les 12 heures | Pour les cas bénins : 7 jours Pour les cas graves : 10 jours |
| Pour les cas non compliqués d'Asie du Sud ou du Pakistan (niveaux élevés de résistance aux quinolones) : | | | |
| Azithromycine (PO) | Gélule : 250 mg ; 500 mg (anhydre); Liquide oral : 200 mg/5 mL | 500 mg par jour | 3 jours |
| Pour les cas compliqués, si le patient est incapable de prendre des médicaments par voie orale, ou en cas d'allergie médicamenteuse confirmée ou de contre-indication médicale : | | | |
| Ceftriaxone (IV, avec désescalade en ciprofloxacine ou azithromycine en fonction de la résistance aux fluoroquinolones) | Poudre injectable : 250 mg ; 1 g (sous forme de sel de sodium) en flacon | 2 g par jour | Pour les cas bénins : 7 jours Pour les cas graves : 10 jours |
| Choix d'antibiotiques alternatifs | | | |
| Céfixime (PO) | Gélule ou comprimé : 200 mg ; 400 mg (sous forme de trihydrate); Poudre pour liquide orale: 100 mg /5 mL | 100 mg toutes les 12 heures | Pour les cas bénins : 7 jours Pour les cas graves : 10 jours |
| Principes d'intendance : | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> > Obtenez une hémoculture avant de commencer l'antibiothérapie. | | | |
| Autres notes: | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> > Les patients qui acquièrent <i>S. Typhi</i> du Pakistan et qui ont une infection grave et compliquée doivent être envisagés pour un méropénème empirique en raison de l'épidémie en cours de XDR-<i>S. Typhi</i>. > Le délai médian de réduction de la fièvre est de 5 jours. | | | |

génito-urinaire

| Prostatite aiguë non compliquée légère à modérée | | | |
|--|---|-----------------------------|---------------|
| Définition clinique: Les symptômes courants incluent fièvre, frissons, malaise, myalgie, douleur pelvienne, dysurie et urine trouble. Chez les patients plus jeunes, les étiologies courantes comprennent <i>N. gonorrhoeae</i> et <i>C. trachomatis</i> . Chez les patients plus âgés, les étiologies courantes comprennent les espèces d' <i>Entérobactéries</i> . | | | |
| Choix antibiotique préféré(s) | | | |
| Medicament | Formulation | Dosage | Durée |
| Ciprofloxacine (PO) | Liquide oral : 250 mg/5 mL (anhydre) ; Comprimé : 250 mg (sous forme de chlorhydrate) | 500 mg toutes les 12 heures | 10 – 14 jours |
| Choix d'antibiotiques alternatifs | | | |
| Azithromycine | Gélule : 250 mg ; 500 mg (anhydre); Liquide oral : 200 mg/5 mL | 500 mg par jour | 3 jours |
| Principes d'intendance : | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> > Aucun | | | |
| Autres notes: | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> > Chez les hommes sexuellement actifs, un traitement syndromique de la gonorrhée et de la chlamydia doit être ajouté, conformément au protocole national. | | | |

| Infection des voies urinaires (UTI) non compliquée | | | |
|--|---|---|---------|
| Définition clinique: Infection de la vessie et des voies urinaires inférieures. Les symptômes comprennent l'urgence, la dysurie et la fréquence des mictions. Les infections urinaires sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes. Couramment causée par les entérobactéries, <i>E. coli</i> et <i>K. pneumoniae</i> | | | |
| Choix antibiotique préféré(s) | | | |
| Medicament | Formulation | Dosage | Durée |
| Nitrofurantoïne (PO) | Liquide oral : 25 mg/5 mL ; Comprimé : 100 mg. | 50 mg toutes les 6 heures | 5 jours |
| Amoxicilline + acide clavulanique (PO) | Liquide oral : 125 mg d'amoxicilline + 31,25 mg d'acide clavulanique/5 mL ET 250 mg d'amoxicilline + 62,5 mg d'acide clavulanique/5 mL ; Comprimé : 500 mg (sous forme de trihydrate) + 125 mg (sous forme de sel de potassium). | 500 mg de composant amoxicilline toutes les 12 heures | 5 jours |
| Principes d'intendance : | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> > Le traitement par quinolones doit être évité. > Ne pas traiter les patients présentant une bactériurie asymptomatique, sauf pendant la grossesse et envisager chez ces personnes une biopsie des voies génito-urinaires. | | | |

Autres notes:

- > Aucun

Acute Pyelonephritis

Définition clinique: Infection bactérienne du rein se présentant fréquemment chez les femmes âgées de 18 à 40 ans. Les symptômes courants comprennent une forte fièvre, des frissons ou des frissons, une sensibilité costo-vertébrale et des douleurs au flanc. Les étiologies courantes comprennent les entérobactéries, *E. coli*, *K. pneumoniae* et *P. mirabilis*. *P. aeruginosa* et les *Entérocoques* sont des causes moins fréquentes.

Choix antibiotique préféré(s) pour les cas légers-modérés

| Medicament | Formulation | Dosage | Durée |
|---------------------|---|-----------------------------|---------|
| Ciprofloxacine (PO) | Liquide oral : 250 mg/5 mL (anhydre) ; Comprimé : 250 mg (sous forme de chlorhydrate) | 500 mg toutes les 12 heures | 7 jours |

Pour les cas graves, envisagez :

| | | | |
|------------------|---|-------------------------|---------|
| Gentamicine (IV) | Injection : 10 mg ; 40 mg (sous forme de sulfate)/ mL dans un flacon de 2 mL | 5 mg/kg par jour | 7 jours |
| Amikacine (IV) | Injection : 250 mg (sous forme de sulfate)/mL dans un flacon de 2 mL | 15 mg/kg par jour | 7 jours |
| Ceftriaxone (IV) | Poudre injectable : 250 mg ; 1 g (sous forme de sel de sodium) en flacon | 1 g par jour | 7 jours |
| Céfotaxime (IV) | Céfotaxime- Poudre pour injection : 250 mg par flacon (sous forme de sel de sodium) | 1 g toutes les 8 heures | 7 jours |

Principes d'intendance :

- > Obtenir des cultures d'urine et de sang pour l'identification bactérienne et effectuer des tests de sensibilité aux antimicrobiens (AST) avant de commencer l'antibiothérapie.
- > En cas de traitement d'une infection à *Pseudomonas* par la ciprofloxacine, augmenter la dose à 750 mg et traiter toutes les 12 heures.

Autres notes:

- > Eviter le traitement par aminosides chez les patients insuffisants rénaux.

Peau, tissus mous, os et articulations

| Infections de la peau et des tissus mous (ITSS) | | | |
|--|--|--|---------|
| Définition clinique: Infections bactériennes de la peau et des tissus mous sous-jacents, y compris la cellulite et les abcès. | | | |
| Choix antibiotique préféré(s) | | | |
| Medicament | Formulation | Dosage | Durée |
| Cloxacilline (PO) | Gélule : 500 mg ; 1 g (sous forme de sel de sodium); Poudre pour liquide oral : 125 mg (sous forme de sel de sodium)/5 ml | 250 mg toutes les 6 heures | 5 jours |
| Choix alternatifs d'antibiotiques : | | | |
| Amoxicilline + acide clavulanique (PO) <i>Utilisé pour les patients avec des morsures d'animaux^A.</i> | Liquide oral : 125 mg d'amoxicilline + 31,25 mg d'acide clavulanique/5 mL ET 250 mg d'amoxicilline + 62,5 mg d'acide clavulanique/5 mL ; Comprimé : 500 mg (sous forme de trihydrate) + 125 mg (sous forme de sel de potassium) | 500 mg de composant amoxicilline toutes les 8 heures | 5 jours |
| Céfalexine (PO) | Poudre à reconstituer avec de l'eau : 125 mg/5 mL ; 250 mg/5 ml (anhydre); Forme posologique orale solide : 250 mg (sous forme de monohydrate) | 500 mg toutes les 6 heures | 5 jours |
| En cas d'allergie médicamenteuse confirmée ou de contre-indication médicale | | | |
| Clindamycine (PO) | Gélule : 150 mg (sous forme de chlorhydrate) ; Liquide oral : 75 mg/5 mL (sous forme de palmitate) | 300 mg toutes les 8 heures | 5 jours |
| Principes d'intendance : | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> > Suspendre les antibiotiques pour un abcès standard non compliqué chez une personne par ailleurs en bonne santé si l'abcès peut être incisé et drainé. > Si une antibiothérapie IV est cliniquement indiquée, examiner les progrès du patient au jour 3 du traitement pour envisager de passer d'une thérapie IV à une thérapie orale. | | | |
| Autres notes: | | | |
| A. Pour les patients suspectés de morsure d'animal, évaluez le risque de rage et envisagez d'administrer un rappel antitétanique. | | | |

| Acute Osteomyelitis & Septic Arthritis | | | |
|---|--|---|----------------|
| Définition clinique: L'ostéomyélite aiguë est une infection osseuse dont les symptômes durent quelques jours ou quelques semaines, généralement causée par <i>S. aureus</i> sensible ou résistant à la méthicilline. Les étiologies courantes de l'arthrite septique comprennent <i>N. gonorrhoea</i> , <i>S. aureus</i> , les espèces de <i>Streptococcus</i> et les bacilles à Gram négatif. | | | |
| Choix antibiotique préféré(s) | | | |
| Medicament | Formulation | Dosage | Durée |
| Pour le traitement empirique de l'ostéomyélite aiguë ou de l'arthrite septique : | | | |
| Cloxacilline(IV) | Poudre pour injection : 500 mg (sous forme de sel de sodium) en flacon. | 2 g toutes les 6 heures | 4 – 6 semaines |
| Choix d'antibiotiques alternatifs | | | |
| Ceftriaxone (IV) | Poudre injectable : 250 mg ; 1 g (sous forme de sel de sodium) en flacon | 1 g par jour | 4 – 6 semaines |
| Céfotaxime(IV) | Poudre pour injection : 250 mg par flacon (sous forme de sel de sodium) | 2 g toutes les 8 heures | |
| Amoxicilline + acide clavulanique (IV) | Poudre pour injection : 500 mg (sous forme de sodium) + 100 mg (sous forme de sel de potassium) ; 1000 mg (sous forme de sodium) + 200 mg (sous forme de sel de potassium) en flacon | 1 g de composant amoxicilline toutes les 8 heures | |
| Pour le traitement de l'arthrite septique monoarticulaire avec risque de MST | | | |
| Ceftriaxone(IV) | Poudre injectable : 250 mg ; 1 g (sous forme de sel de sodium) en flacon | 1 g daily | 2 semaines |
| En cas d'allergie médicamenteuse confirmée ou de contre-indication médicale | | | |
| Clindamycine(IV) | Clindamycine - Injection : 150 mg (sous forme de phosphate)/mL ; Liquide oral : 75 mg/5 mL (sous forme de palmitate) | 600 mg toutes les 8 heures | 2 semaines |
| Principes d'intendance : | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> > Ne pas administrer d'antibiotiques empiriques pour les infections chroniques des os et des articulations. Au lieu de cela, effectuez des biopsies osseuses et tissulaires et traitez avec une thérapie dirigée. > Pour l'arthrite septique, effectuer une culture articulaire avant d'administrer une antibiothérapie et orientez vers un chirurgien orthopédiste pour évaluation. > Si le patient ne peut pas prendre d'antibiotiques par voie orale, commencez par une antibiothérapie IV et passez au traitement par voie orale dès que le patient est capable de prendre des antibiotiques par voie orale. | | | |

Autres notes:

- > Un drainage adéquat du liquide articulaire purulent est nécessaire en plus de l'antibiothérapie pour l'arthrite septique.

Systeme sanguin

Septicémie (septicémie) et choc septique

Définition clinique: La septicémie est un dysfonctionnement d'un organe potentiellement mortel causé par une réponse dérégulée de l'hôte à l'infection. Le choc septique est une septicémie qui nécessite un traitement vasopresseur pour maintenir la pression artérielle. **Le choix d'antibiotique(s) empirique(s) dépendra de la source probable de l'infection (voir infections individuelles).** Les conseils donnés ici concernent la septicémie/le choc septique lorsqu'aucune source d'infection n'est immédiatement identifiable.

Choix antibiotique préféré(s) lorsqu'aucune source n'est identifiée et/ou acquise dans la communauté avec un risque faible des bactéries résistantes aux médicaments

| Medicament | Formulation | Dosage | Durée |
|--|--|---|----------|
| Thérapie combinée avec : | Ampicilline - Poudre pour injection : 500 mg ; 1 g (sous forme de sel de sodium) en flacon | 200 mg/kg toutes les 4 heures | 10 jours |
| Ampicilline (IV) OU Amoxicilline-acide clavulanique (IV) | Amoxicilline-acide clavulanique-Poudre pour injection : 500 mg (sous forme de sodium) + 100 mg (sous forme de sel de potassium) ; 1000 mg (sous forme de sodium) + 200 mg (sous forme de sel de potassium) en flacon | 1 g de composant d'amoxicilline toutes les 8 heures | 10 jours |
| PLUS Gentamicine (IV) | Gentamicine - Injection : 10 mg; 40 mg (sous forme de sulfate)/ mL dans un flacon de 2 mL. | 2 mg/kg toutes les 12 heures | 5 jours |

Choix d'antibiotiques alternatifs

| | | | |
|--|--|------------------------------|----------|
| Thérapie combinée avec; | Ceftriaxone - Poudre pour injection : 250 mg ; 1 g (sous forme de sel de sodium) en flacon | 2 g par jour | 10 jours |
| Ceftriaxone (IV) PLUS Gentamicine (IV) | Gentamicine - Injection : 10 mg; 40 mg (sous forme de sulfate)/mL dans un flacon de 2 mL. | 2 mg/kg toutes les 12 hourly | 5 jours |

Choix antibiotique préféré(s) lorsqu'aucune source n'est identifiée et acquise dans la communauté avec un risque élevé des bactéries résistantes aux médicaments

| Medicament | Formulation ¹ | Dosage | Durée |
|------------|--------------------------|--------|-------|
|------------|--------------------------|--------|-------|

| | | | |
|---|--|--|-------------------------|
| Thérapie combinée avec Pipéracilline-tazobactam (IV) PLUS Amikacine (IV) | Pipéracilline-tazobactam- Poudre pour injection : 2 g (sous forme de sel de sodium) + 250 mg (sous forme de sel de sodium) ; 4 g (sous forme de sel de sodium) + 500 mg (sous forme de sel de sodium) en flacon Amikacine - Injection : 250 mg (sous forme de sulfate)/mL en flacon de 2 mL | 4,5 g toutes les 6 heures 15 mg/kg par jour | 10 jours 5 jours |
| Principes d'intendance : | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> > Si la principale source de sepsis est définie, modifiez la Durée du traitement en fonction de la Durée suggérée pour les infections individuelles. | | | |
| Autres notes: | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> > L'administration précoce d'antibiotiques à large spectre est essentielle chez les patients présentant un sepsis. > L'amikacine a une meilleure couverture pour la bêtalactamase à spectre étendu que la gentamicine. | | | |



Addis Ababa, ETHIOPIA P. O. Box 3243 Tele: +251-115 517 700
Fax: +251-11-5 517844 Website: www.africa-union.org

www.au.int     