



Quizz Antibiotiques et Résistances

Nathan Peiffer-Smadja

Service de Maladies Infectieuses et Tropicales

Hôpital Bichat – Claude Bernard

15/05/2025



Conflits d'intérêt

- Aucun

Remerciements

- François-Xavier Lescure
- Laurence Armand-Lefèvre

Infections urinaires

- Une femme de 80 ans, vivant en EHPAD, vous signale des brûlures mictionnelles et des urines troubles.
- Elle n'a pas de fièvre.
- Que faites-vous dans un premier temps ?

Infections urinaires

Simple

À risque de complications

Grave

Infections urinaires

Simplees

Cystite

PNA

De la femme jeune

À risque de complications

Masculines

Cystite

PNA

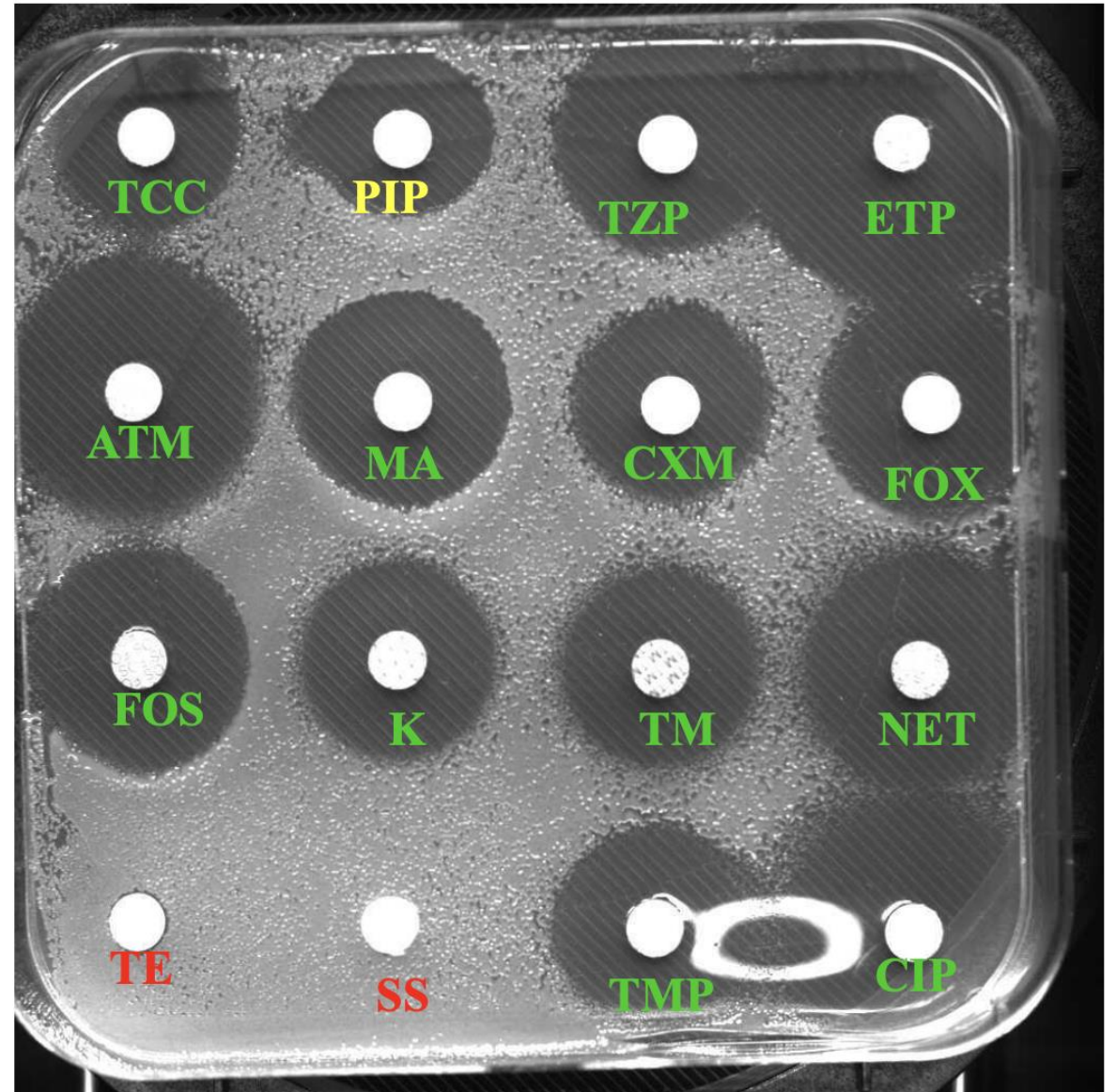
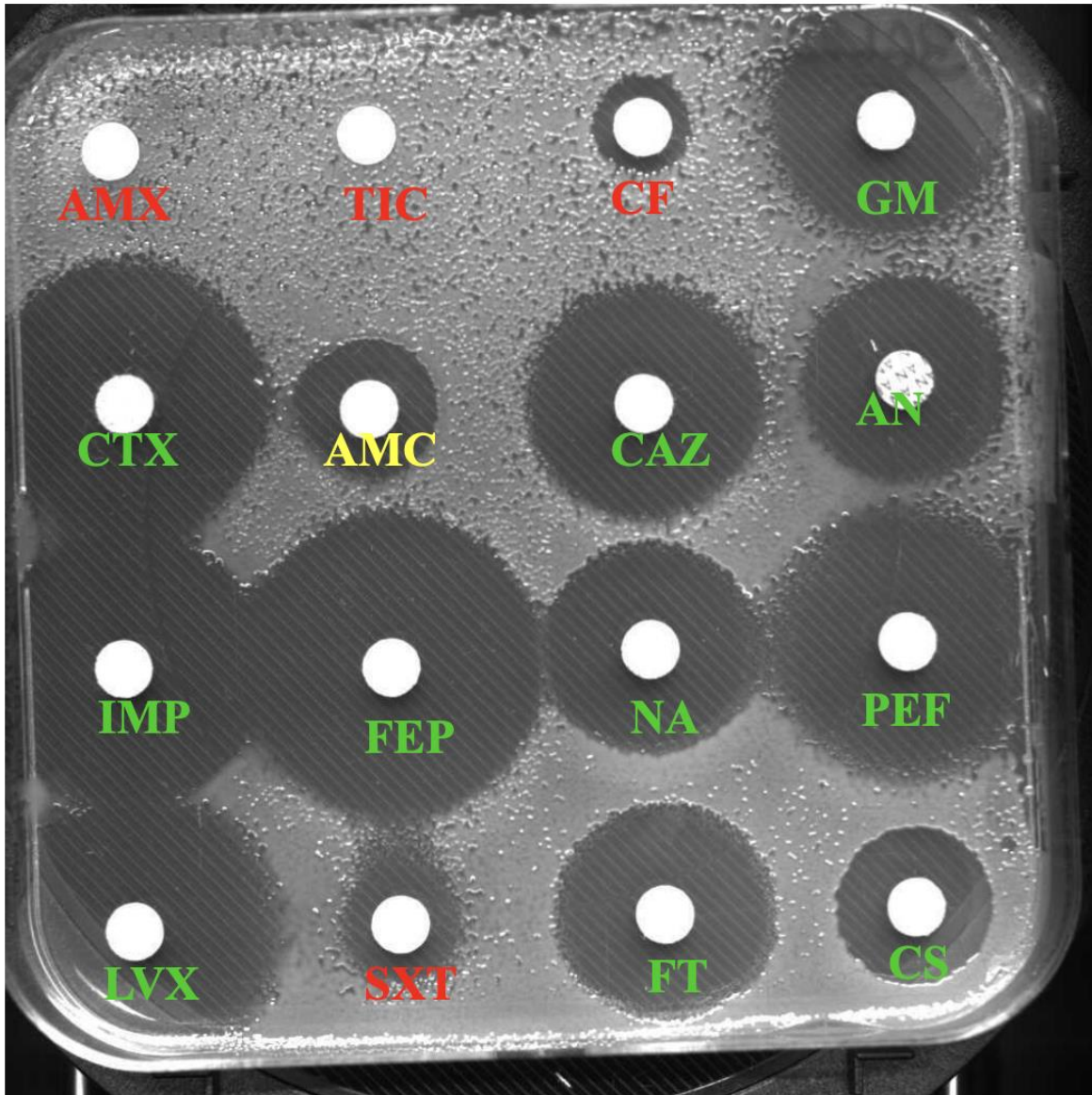
Femme âgée, enceinte,
immunodéprimée
DFG < 30 mL/min
anomalie fonctionnelle ou
organique arbre urinaire

Graves

Sepsis / Choc septique

Nécessité chirurgie =
PNA obstructive
Abscess prostatique

- L'ECBU montre une leucocyturie avec E. coli $> 10^5$ /mL
- L'antibiogramme est le suivant :



Mécanisme de résistance aux bêta lactamines ?

Quelle antibiothérapie ?

Cystite à risque de complication
BU positive → ECBU

Traitement pouvant être différé*

Antibiotique selon l'antibiogramme**

7 jours, sauf fosfomycine-trométamol) à J1, J3 et J5,
et TMP 5 jours

1. Amoxicilline
2. Pivmécillinam 200 mg 2 fois par jour pendant 7 jours
3. Nitrofurantoïne 100 mg (2 gélules) 3 fois par jour pendant 7 jours
4. Fosfomycine-trométamol
5. Triméthoprime (TMP)

Traitement ne pouvant être différé

Traitement de 1^{re} intention

- nitrofurantoïne

Traitement de 2^e intention

fosfomycine-trometamol

Adaptation à l'antibiogramme systématique

Durée totale : idem traitement documenté différé

DELPRIM : 1 comprimé (300 mg) par jour pendant 5 jours



CONTEXTE

Un homme de 50 ans se présente aux urgences pour une douleur lombaire gauche intense, d'apparition récente. Le patient est suivi en urologie pour lithiases calciques récidivantes et en diabétologie pour un diabète de type 2.

Ses constantes mesurées par l'infirmière sont :

FC : 100 bpm

Fréquence respiratoire : 25/minute

Température : 39,1°C

SpO2 : 98%

Le patient a une pression artérielle à 95/70 mmHg. Il n'est pas confus et n'a pas de marbrures.

Quel diagnostic précis suspectez-vous ?

Sepsis: *qSOFA* Score

**Altered
Mental Status**

GCS < 15

Tachypnoea

RR \geq 22

Hypotension

SBP \leq 100 mmHg

Not high risk

*Continue management as
appropriate*

**0 or 1
Points**

**2 or 3
Points**

High risk of poor
outcome

*Assess for evidence of organ
dysfunction*

Que recherchez-vous à l'interrogatoire pour orienter l'antibiothérapie ?

Antériorité de BLSE urinaire dans les 3 mois
(infection ou colonisation)

- Le patient n'a pas voyagé récemment, il a cependant pris des antibiotiques (amoxicilline – acide clavulanique) il y a 3 semaines pour une bronchite. Il n'est pas connu colonisé ni infecté antérieurement à entérobactérie résistante aux C3G.

Quelle antibiothérapie prescrivez-vous en urgence ?

Quelle antibiothérapie prescrivez-vous en urgence ?

C3G IV + Amikacine

Prévalence de la résistance en France en 2017 chez les isolats d'*E. coli* responsables d'IU communautaires de l'adulte

PREVALENCE DE LA RESISTANCE	ANTIBIOTIQUES	POPULATION / SITUATIONS CLINIQUES
< 5 %	Fosfomycine trométamol	population générale
	Nitrofurantoïne	population générale
	Aminosides	population générale
≈ 5 %	C3G et aztréonam	population générale
< 10 %	Ciprofoxacine, lévofloxacine	IU simples et non récidivantes, en l'absence de FQ dans les 6 mois
	Pivmécillinam	cystites simples
10 à 20 %	Amoxicilline-clav	population générale, selon les concentrations adaptées aux cystites
	Pivmécillinam	cystite à risque de complication
	Ciprofoxacine, lévofloxacine	IU à risque de complication
	TMP et cotrimox (SMX-TMP)	cystites simples
> 20 %	Amoxicilline	population générale
	Amoxicilline-clav	population générale, selon les concentrations adaptées aux PNA et IU masculines
	TMP et cotrimox (SMX-TMP)	IU à risque de complication

IU grave = C3G IV + Amikacine (si allergie Aztréonam + Amikacine)

Sepsis

+

IU ou colonisation
URINAIRE à EBLSE
dans les 3 mois

Carbapénème + Amikacine

(sauf si précédemment tazo-S : tazo + amikacine)

Choc septique

+

≥ 1 Facteur de
risque d'IU à
EBLSE

Carbapénème + Amikacine

Facteurs de risque d'infection à
entérobactérie résistante aux C3G (selon
recommandations)

Facteurs de risque d'IU à entérobactérie résistante aux C3G (dont les entérobactéries productrices de bêta-lactamase à spectre étendu)

- l'exposition à un antibiotique (amoxicilline-acide clavulanique, C2G, C3G, fluoroquinolones) dans les 3 mois précédents,
- antécédent de colonisation ou d'infection à entérobactérie résistante aux C3G dans les 3 mois,
- infection nosocomiale ou liée aux soins,
- anomalie fonctionnelle ou organique de l'arbre urinaire,
- voyage à l'étranger en zones géographiques à forte prévalence d'entérobactéries résistantes aux C3G dans les 3 mois précédents

Entérobactéries BMR, proportion d'infection si portage rectal ?

Phénotype de résistance	Population	Patients colonisés, n	Infection si portage, %	Référence
BLSE	Réanimation, multicentrique (OutcomeRéa)	594 (3,5%, n = 16734)	16,4%	Barbier et al. JAC 2016
BLSE	Réanimation, monocentrique	95 (25%, n = 383)	10%	Razazi et al. ICM 2012
BLSE	Onco-hématologie, monocentrique	63	22,2%	Cornejo et al. Sup Cancer Care 2015
BLSE	Onco-hématologie, multicentrique	55 (11,1%, n = 497)	10,9%	Vehereschild et al. JAC 2014
Céphalosporinase déréprimée (AmpC)	Réanimation, monocentrique	131 (10,8%, n = 1207)	15,3%	Poignant et al. (soumis)
Carbapénémase (KPC)	Hôpital, multicentrique	1813	7,8%	Gianella et al. CMI 2014
Carbapénémase (KPC)	Hôpital, monocentrique	502	8,8%	Schechner et al. CMI 2013



Vous obtenez cet
antibiogramme

PROFIL DE RÉSISTANCE ?

Il s'agit finalement d'un E. coli « sauvage ».

Quelle antibiothérapie privilégiez-vous ? (avec durée)

Il s'agit finalement d'un E. coli « sauvage ».
Quelle antibiothérapie privilégiez-vous ?

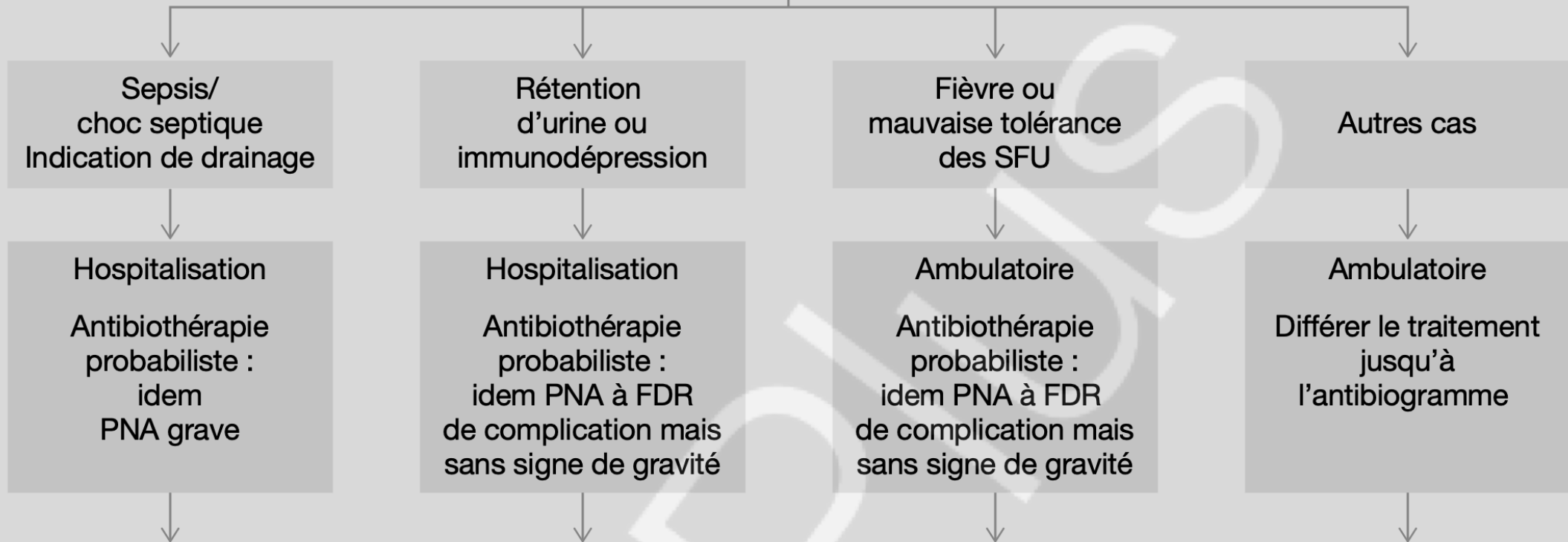
Fluoroquinolone

Levofloxacin 500 mg, une fois par jour

Durée totale du traitement :

- 14 jours en cas de fluoroquinolone et cotrimoxazole
- 21 jours dans de rares situations

IU masculine



Traitement documenté :

1^e choix : fluoroquinolone *per os* (ciprofloxacine ou lévofloxacine)

2^e choix : cotrimoxazole *per os*

3^e choix : C3G IV (céfotaxime ou ceftriaxone)

4^e choix : cefoxitine IV (*E. coli*), pipéracilline/tazobactam IV, témocilline IV

5^e choix : carbapénème IV

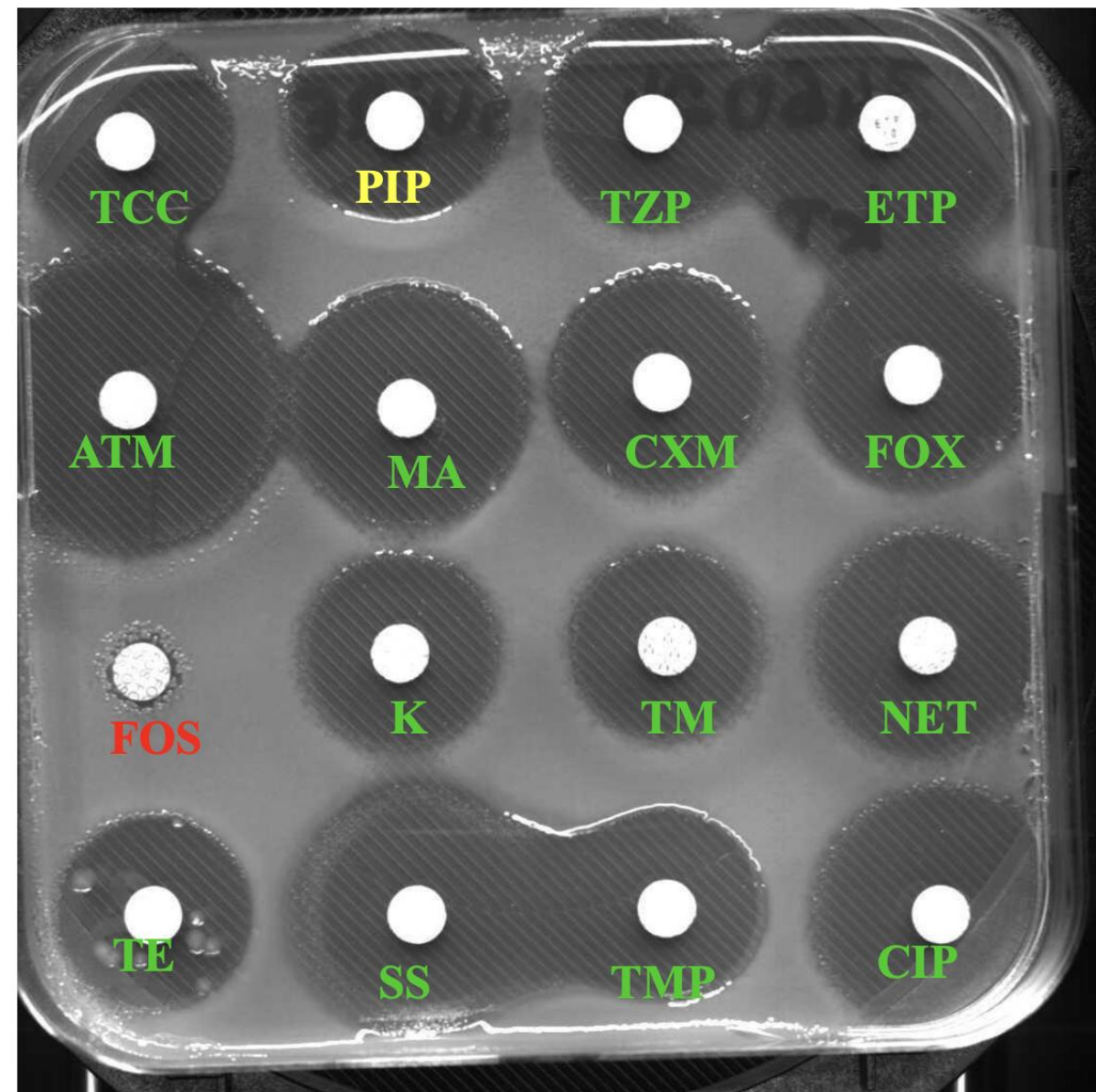
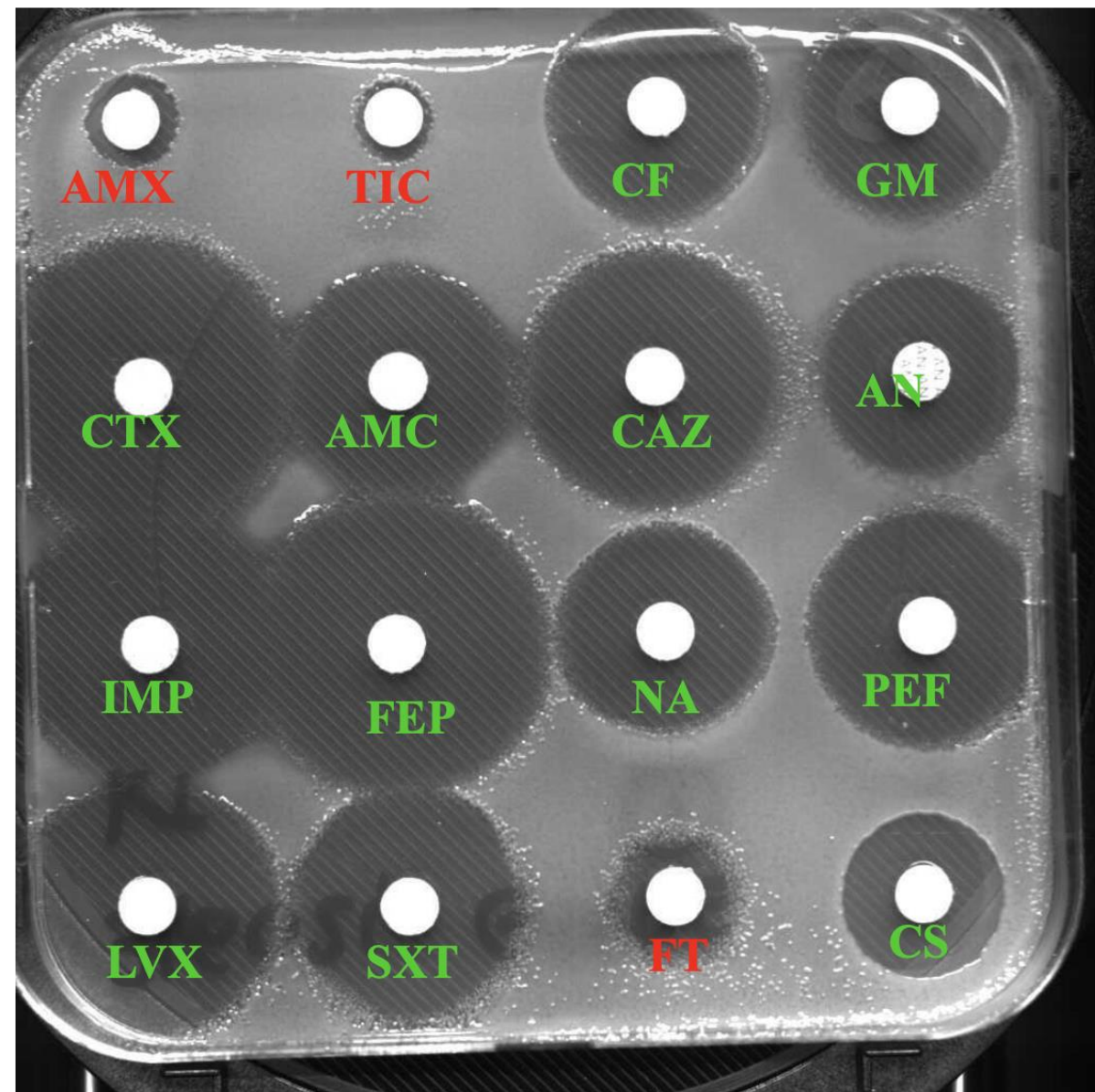
Quelques mois plus tard le patient présente une prostatite avec rétention aiguë d'urine, sans signe de gravité.

Quel antibiotique proposez-vous ?

Antibiothérapie probabiliste des IU masculines

- C3G IV

- Il s'agit d'une *Klebsiella pneumoniae*
- Vous recevez l'antibiogramme :



Mécanisme de résistance aux bêta lactamines ?
Quel antibiotique ?

M. O, 60 ans

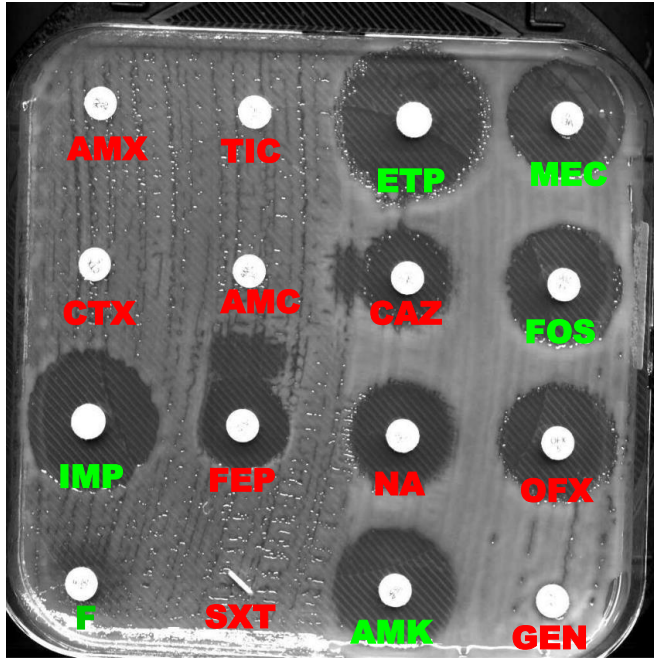
- Hospitalisé pour fièvre et SFU
 - Entre la France et le Niger
 - ATCD
 - DNID (metformine)
 - HTA (loxen)
 - AVC sans séquelles
 - Pas d'allergie connue
 - Levofloxacin < 3 mois avant SFU
 - Vomissements, palpitations, pollakiurie, brûlures mictionnelles, douleur prostatique G, notion de fièvre non objectivée sans frisson
- 38,6°C, FC 95/mn, PA 163/88, SpO2 99%
 - Orchi-épididymite gauche
 - BU +++ leuco
 - 14.780 GB/mm³, 11.500 PNN, 0 PNE
 - Créatininémie 71
 - CRP 46
 - Echographie rénale
 - Vessie de lutte, pas de dilatation des cavités pyélo calicielles, aspect d'orchi-épididymite calcifiée

Traitement probabiliste ?

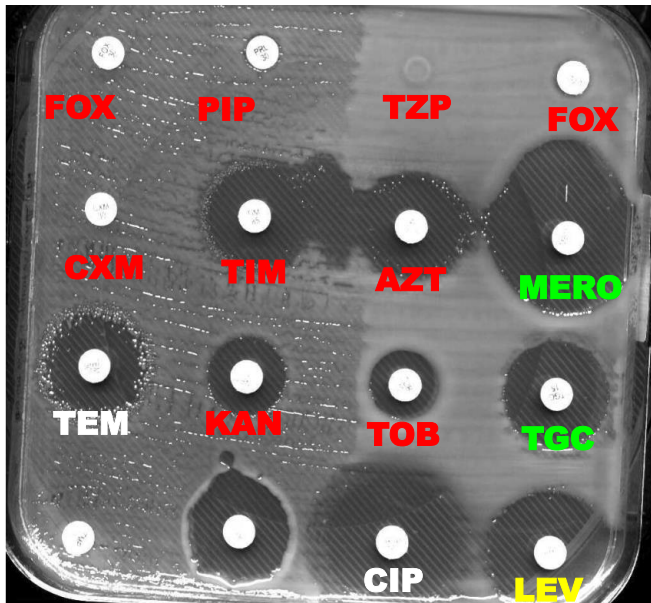
Traitement probabiliste ?

- C3G

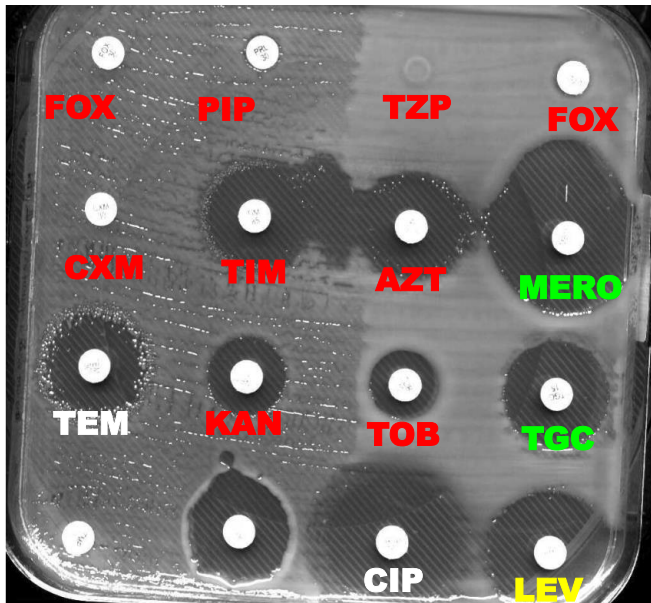
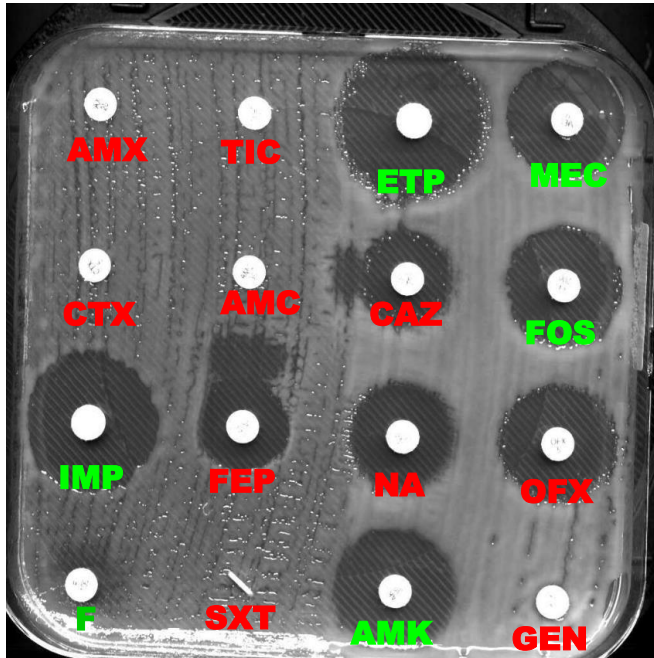
M. O, 60 ans – *E. cloacae* - antibiogramme



Conclusion ?



M. O, 60 ans – *E. cloacae* - antibiogramme



Conclusion ?

E. cloacae
producteur de BLSE

Enterobacter cloacae

Amoxicilline	Résistant
Amoxicilline + ac. clavulanique	Résistant
Ticarcilline	Résistant
Ticarcilline + ac. clavulanique	Résistant
Pipéracilline	Résistant
Mécillinam	Sensible
Céfalexine	Résistant
Céfoxitine	Résistant
Céfotaxime	Résistant
Aztréonam	Intermédiaire
Céfépime	Résistant
Imipénème	Sensible
Méropénème	Sensible
Ertapénème	Sensible
Gentamicine	Résistant
Nétilmicine	Résistant
Tobramycine	Résistant
Amikacine	Sensible
Acide nalidixique	Intermédiaire
Ofloxacine	Intermédiaire
Ciprofloxacine	Intermédiaire
Lévofloxacine	Intermédiaire
Triméthoprim + sulfaméthoxazole	Résistant
Nitrofuranes	Sensible
Fosfomycine	Sensible

Antibiothérapie ?

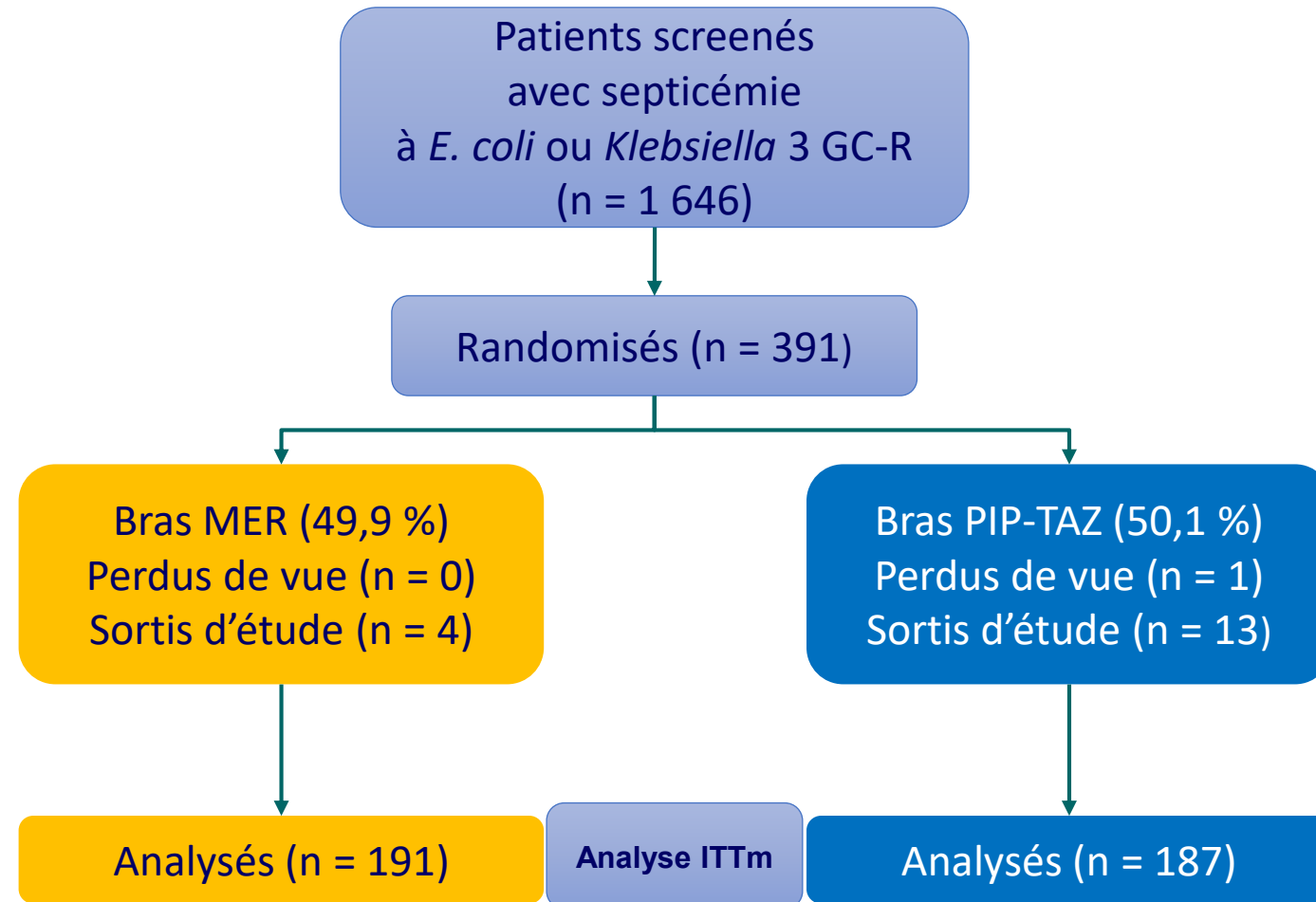
Enterobacter cloacae

Amoxicilline	Résistant
Amoxicilline + ac. clavulanique	Résistant
Ticarcilline	Résistant
Ticarcilline + ac. clavulanique	Résistant
Pipéracilline	Résistant
Mécillinam	Sensible
Céfalexine	Résistant
Céfoxitine	Résistant
Céfotaxime	Résistant
Aztréonam	Intermédiaire
Céfépime	Résistant
Imipénème	Sensible
Méropénème	Sensible
Ertapénème	Sensible
Gentamicine	Résistant
Nétilmicine	Résistant
Tobramycine	Résistant
Amikacine	Sensible
Acide nalidixique	Intermédiaire
Ofloxacine	Intermédiaire
Ciprofloxacine	Intermédiaire
Lévofloxacine	Intermédiaire
Triméthoprim + sulfaméthoxazole	Résistant
Nitrofuranes	Sensible
Fosfomycine	Sensible

Antibiothérapie ?

Méropénème
Ertapénème

Essai MERINO : pipéracilline-tazobactam vs méropénème dans les septicémies à *E. coli* et *K. pneumoniae* résistantes aux C3G

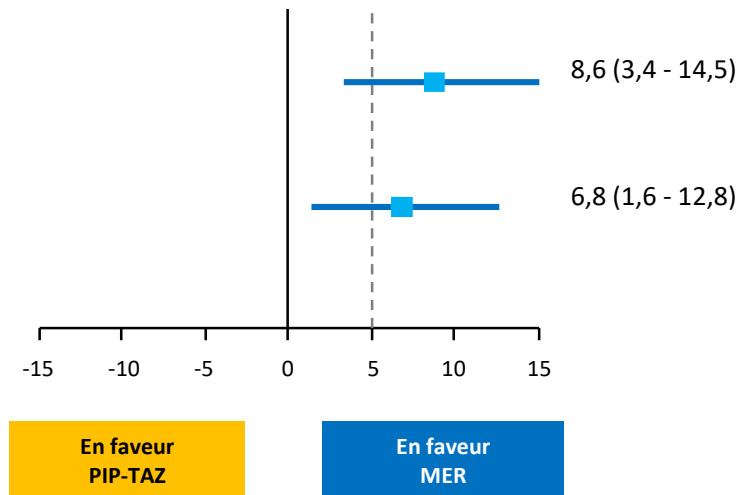


Essai MERINO : pip-taz vs méropénème dans les septicémies à *E. coli* et *K. pneumoniae* résistantes aux C3G

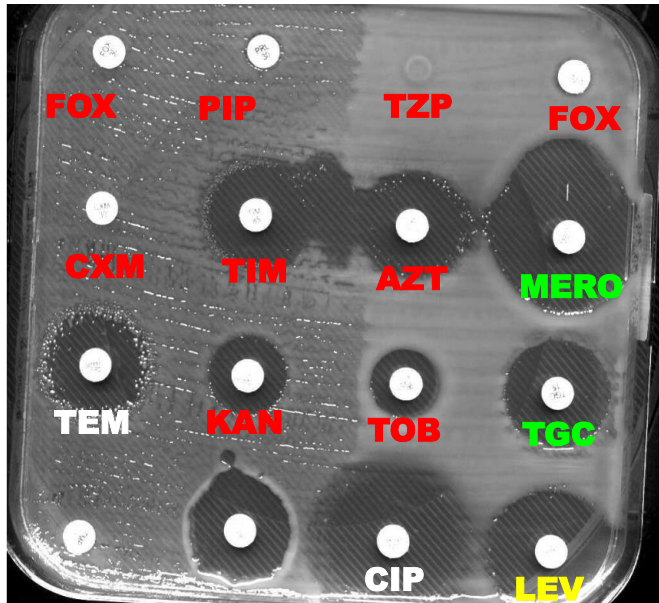
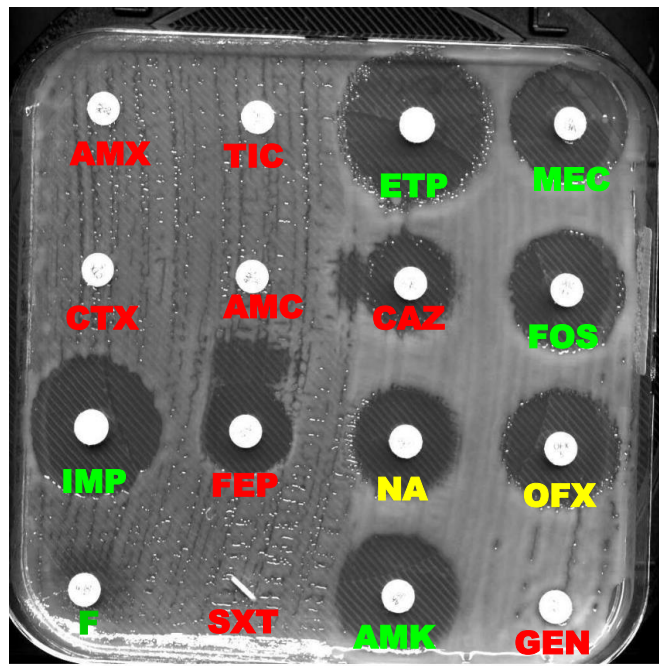
Critère principal : mortalité à J30

	n événements / n total (%)	
	MER	PIP-TAZ
Mortalité à J30 (en ITT)	7/191 (3,7)	23/187 (12,3)
Mortalité à J30 (analyse per-protocole)	7/186 (3,8)	18/170 (10,6)

Différence entre les 2 groupes, % (IC 95 %)



- **Conclusion** : non infériorité non atteinte : surmortalité en faveur du groupe traité par pipéracilline-tazobactam



Enterobacter cloacae

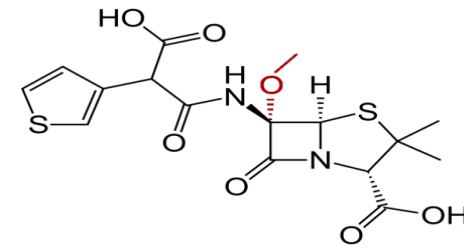
Amoxicilline	Résistant
Amoxicilline + ac. clavulanique	Résistant
Ticarcilline	Résistant
Ticarcilline + ac. clavulanique	Résistant
Pipéracilline	Résistant
Temocilline	Sensible (CMI:8 mg/L)
Mécillinam	Sensible
Céfalexine	Résistant
Céfoxitine	Résistant
Céfotaxime	Résistant
Aztréonam	Intermédiaire
Céfépime	Résistant
Imipénème	Sensible
Méropénème	Sensible
Ertapénème	Sensible
Gentamicine	Résistant
Nétilmicine	Résistant
Tobramycine	Résistant
Amikacine	Sensible
Tétracycline	V (CMI:4 mg/L) Absence de réf
pour la CMI	
Minocycline	Résistant (CMI:8 mg/L)
Acide nalidixique	Intermédiaire
Ofloxacine	Intermédiaire
Ciprofloxacine	Intermédiaire (CMI:0.38 mg/L)
Lévofloxacine	Intermédiaire
Triméthoprime + sulfaméthoxazole	Résistant
Nitrofuranes	Sensible
Fosfomycine	Sensible (CMI:32 mg/L)

Antibiothérapie ? Durée ?

- Témocilline
- Ertapénème

- 2 semaines ?

La témocilline



- La témocilline est une pénicilline dérivée de la ticarcilline
- Qui possède deux caractéristiques principales:
 - Son spectre étroit:
 - Actif vis-à-vis de la pluparts des bactéries à Gram négatif:
 - **Enterobacteriaceae** (*E. coli*, *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Citrobacter*, *Morganella*, *Proteus*, *Providencia*, *Serratia*, *Salmonella*, *Shigella*, ...)
 - Non-fermentaires: *Burkholderia cepacia*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Stenotrophomonas*, *Acinetobacter*
 - Autres: *Neisseria*, *Haemophilus*, *Pasteurella*, *Legionella*
 - Inactif sur les bactéries à Gram positif et les bactéries anaérobies
 - Sa stabilité vis-à-vis des β -lactamase grâce à son groupe 6- α -methoxy
 - Classique, BLSE, AmpC and \pm KPC
 - Hydrolysé par les métallo- β -lactamases (ex: NDM-1)

Vous voyez en consultation Mme B., 32 ans, accompagnée de son mari.

Cette patiente vous est adressée en urgence par le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital. Elle y est suivie pour sa première grossesse qui est actuellement à 12 SA.

Elle n'a pas d'antécédents notables hormis une opération de hernie il y a quelques années. Elle est en bon état général et ne prend aucun traitement.

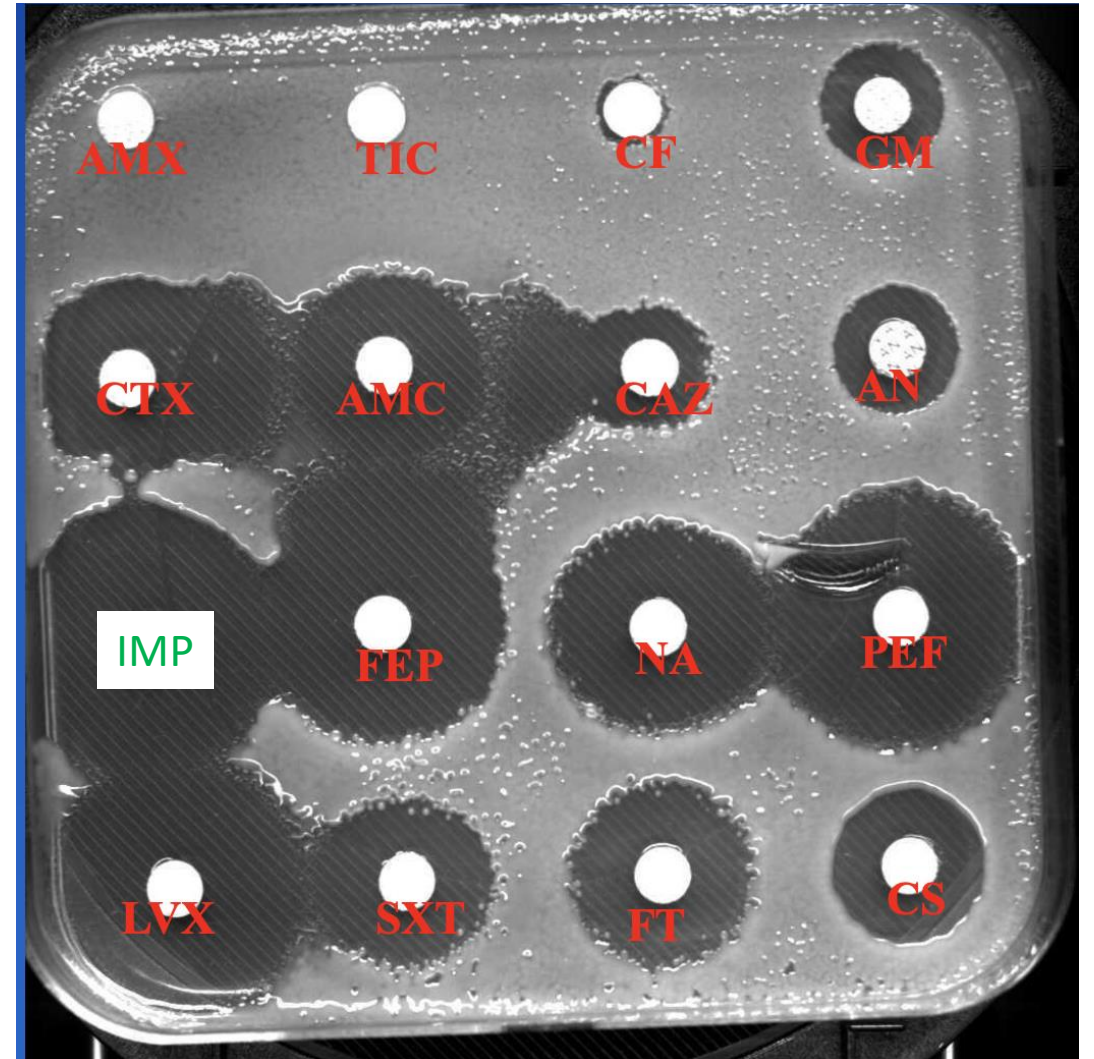
La patiente se plaint de fièvre et de brûlures urinaires depuis ce matin. Vos collègues ont réalisé un examen obstétrical qui est normal.

La PA est à 120/83 mmHg, FC 95/min, Température 38.7°C

SpO₂ : 97 %.

L'examen clinique retrouve des douleurs à la percussion des fosses lombaires. Il n'existe pas de signes de défaillance hémodynamique. Vous suspectez une pyélonéphrite aiguë.

- Début d'un traitement par C3G
- Identification d'un E. coli





Méropénème

▼ ETAT DES CONNAISSANCES

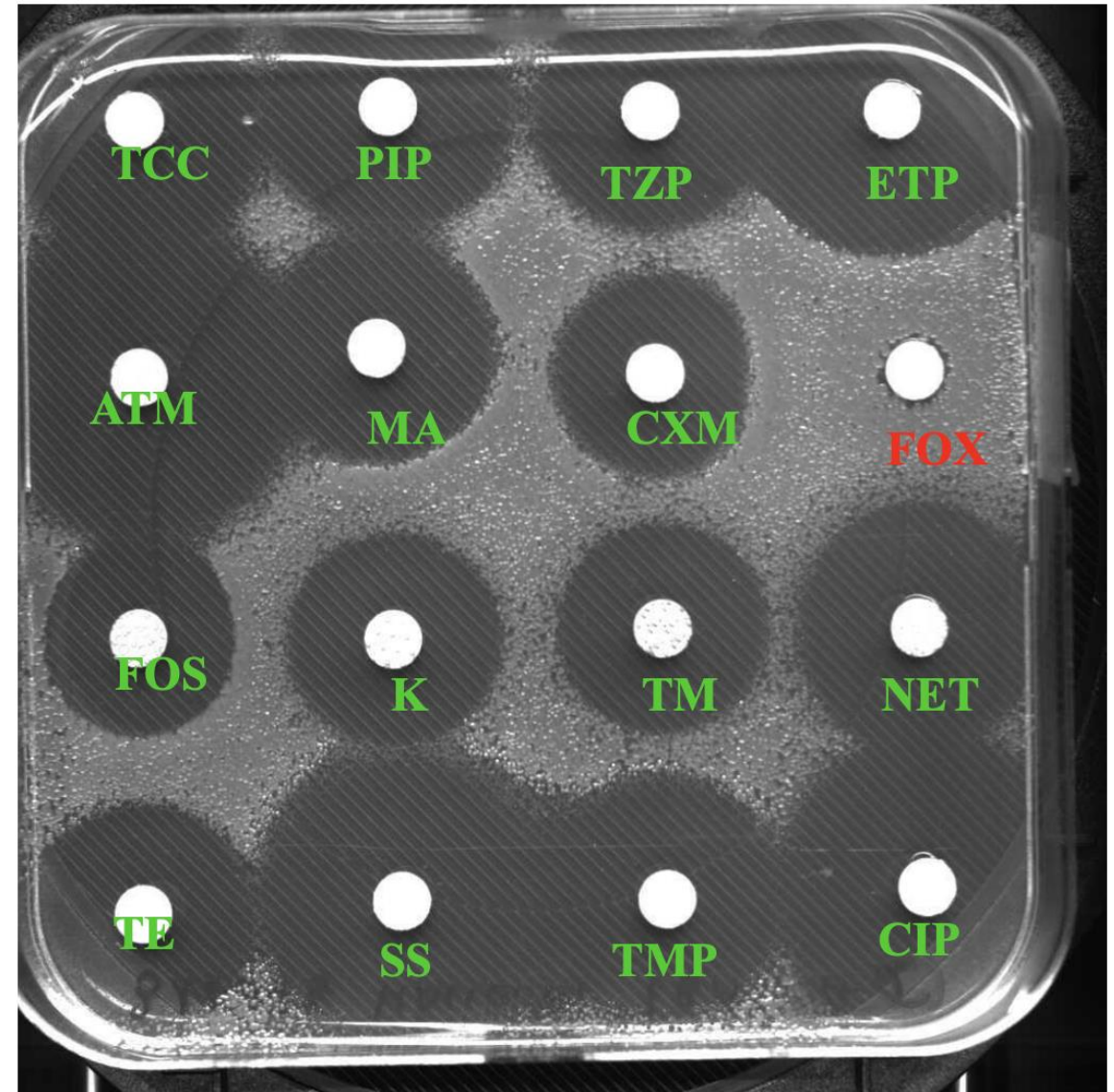
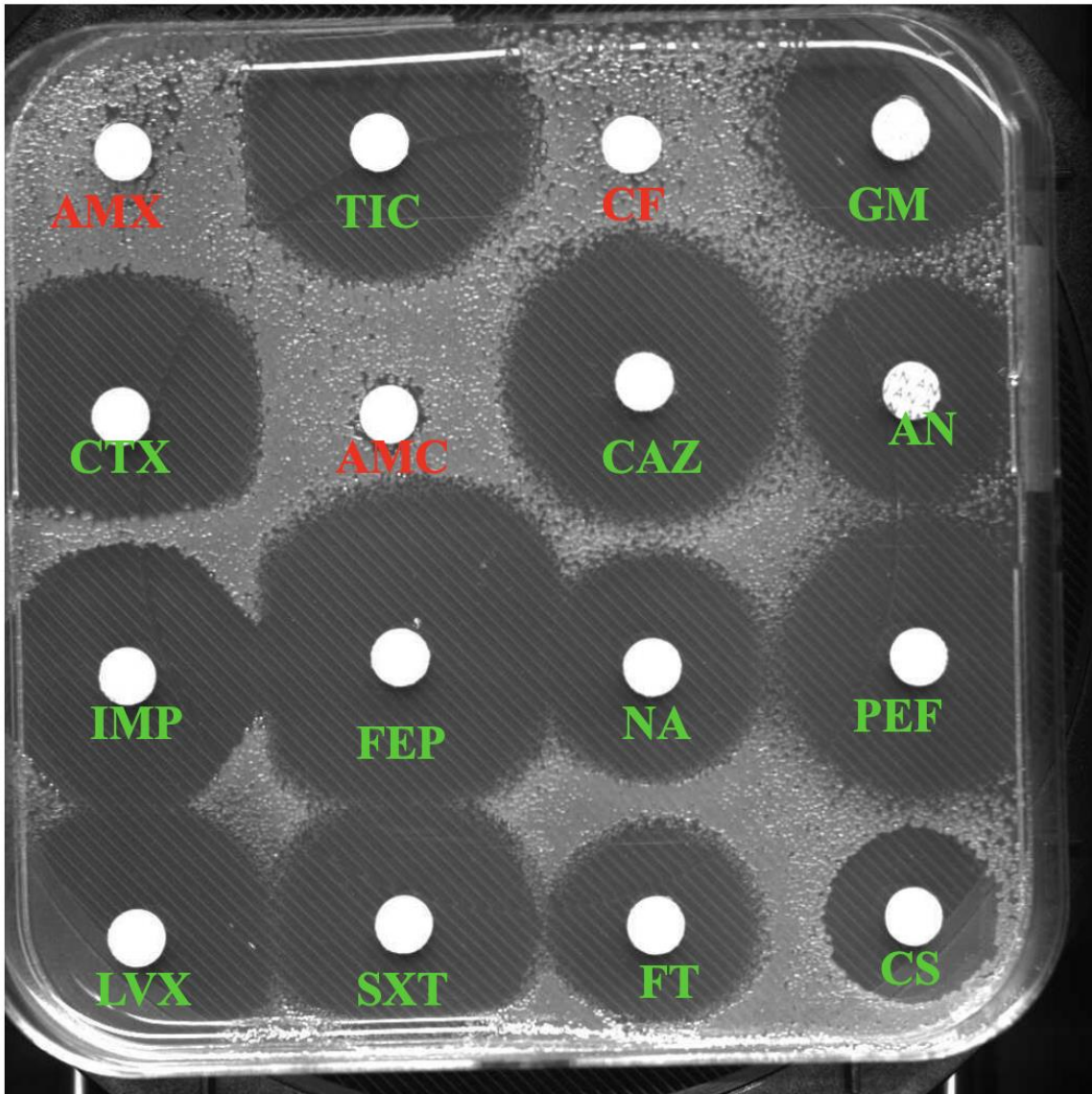
- Les données publiées chez des femmes enceintes exposées au méropénem sont quasi-inexistantes, mais aucun élément inquiétant n'a été rapporté à ce jour.

▼ EN PRATIQUE

- **Découverte d'une grossesse pendant le traitement**
 - **Rassurer** la patiente quant au risque malformatif du méropénem.
 - Le méropénem pourra être poursuivi pendant la durée prévue.
- **Traiter une femme enceinte**
 - En raison de son intérêt thérapeutique, l'utilisation du méropénem est envisageable quel que soit le terme de la grossesse.

Pneumonias

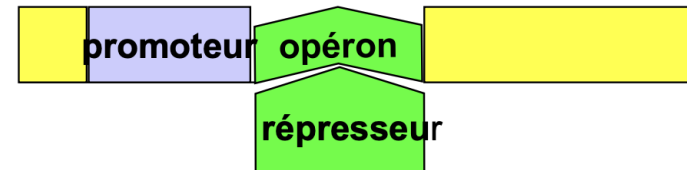
- Patient de 55 ans, transplanté pulmonaire, 2^{ème} PAVM lors d'un séjour en réanimation.
- Réalisation d'un LBA, BGN à l'examen direct, début d'antibiothérapie par tazocilline



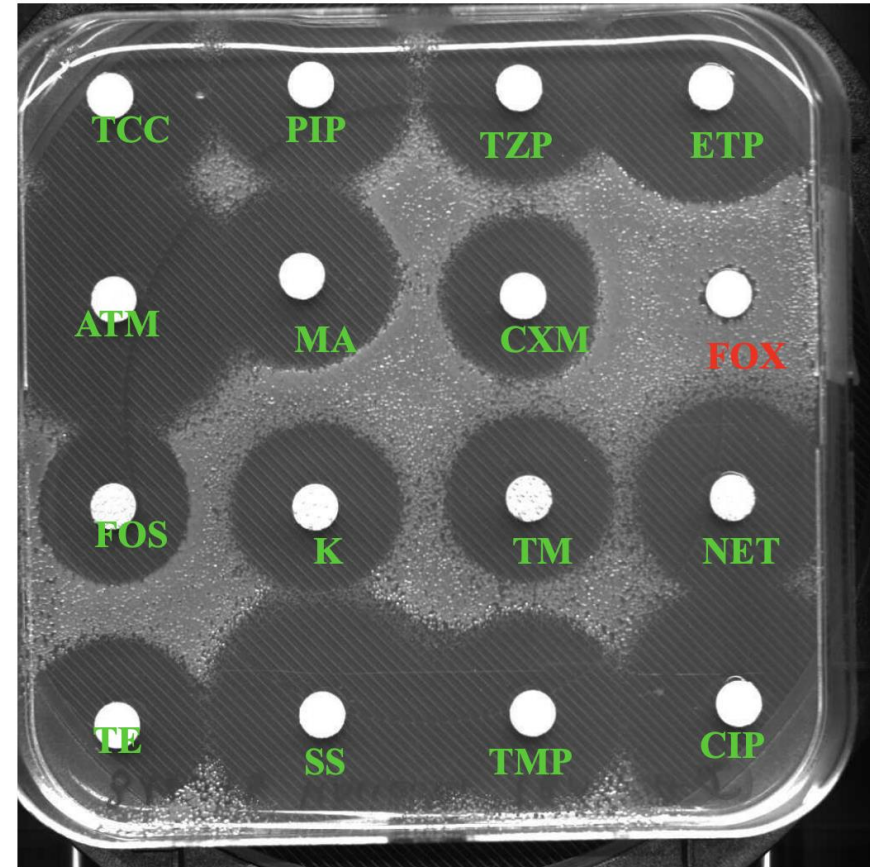
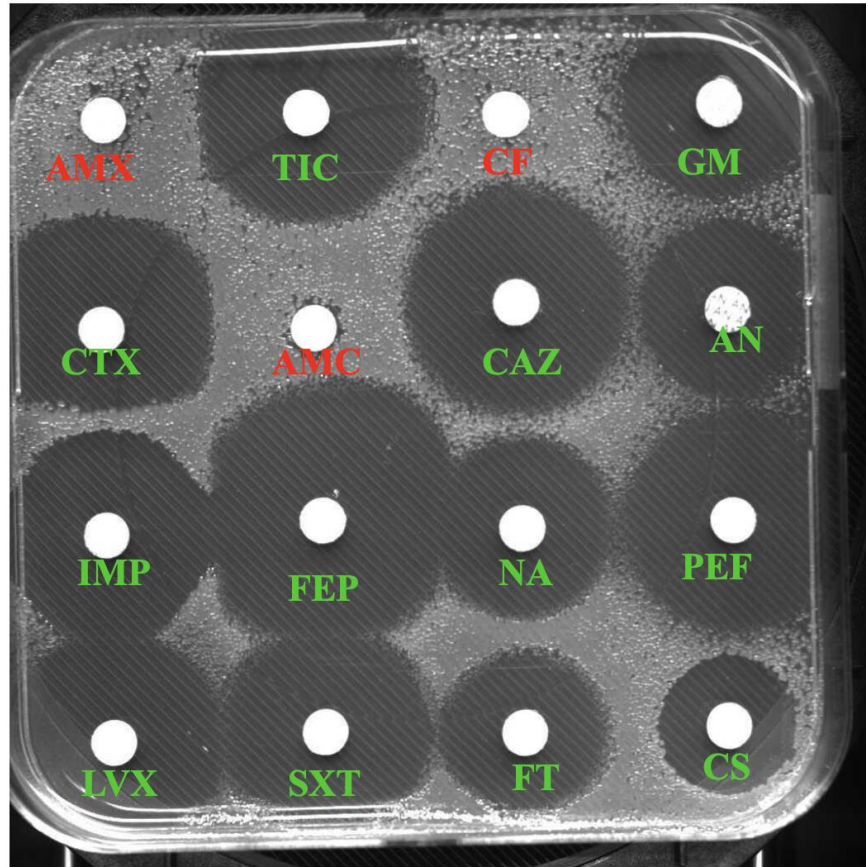
Quel micro-organisme ?

- Céphalosporinase d'une entérobactérie dite « du groupe 3 »
- Enterobacter cloacae (Citrobacter freundii, Serratia, Morganella, etc.)

Synthèse de céphalosporinase à bas niveau
Le gène codant pour la synthèse est réprimé



Quel antibiotique proposez-vous ?



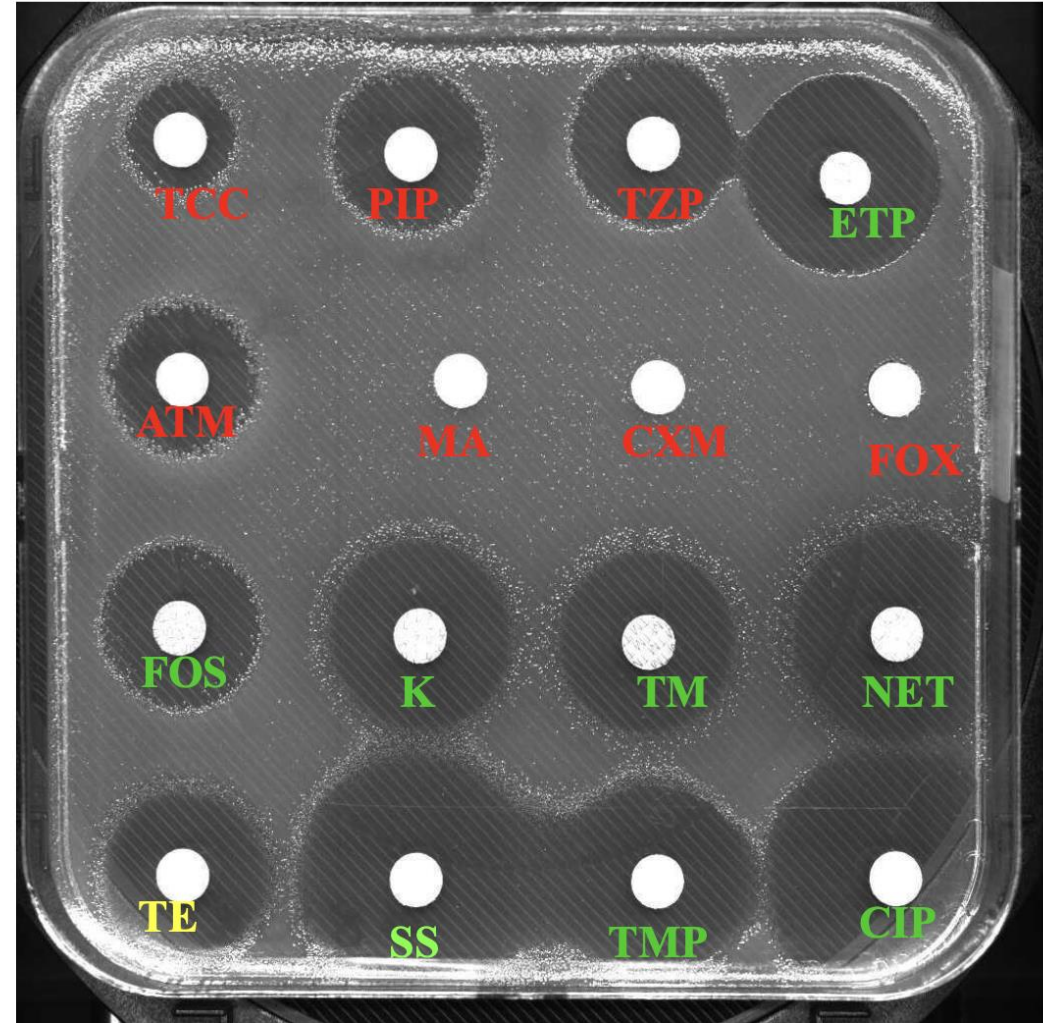
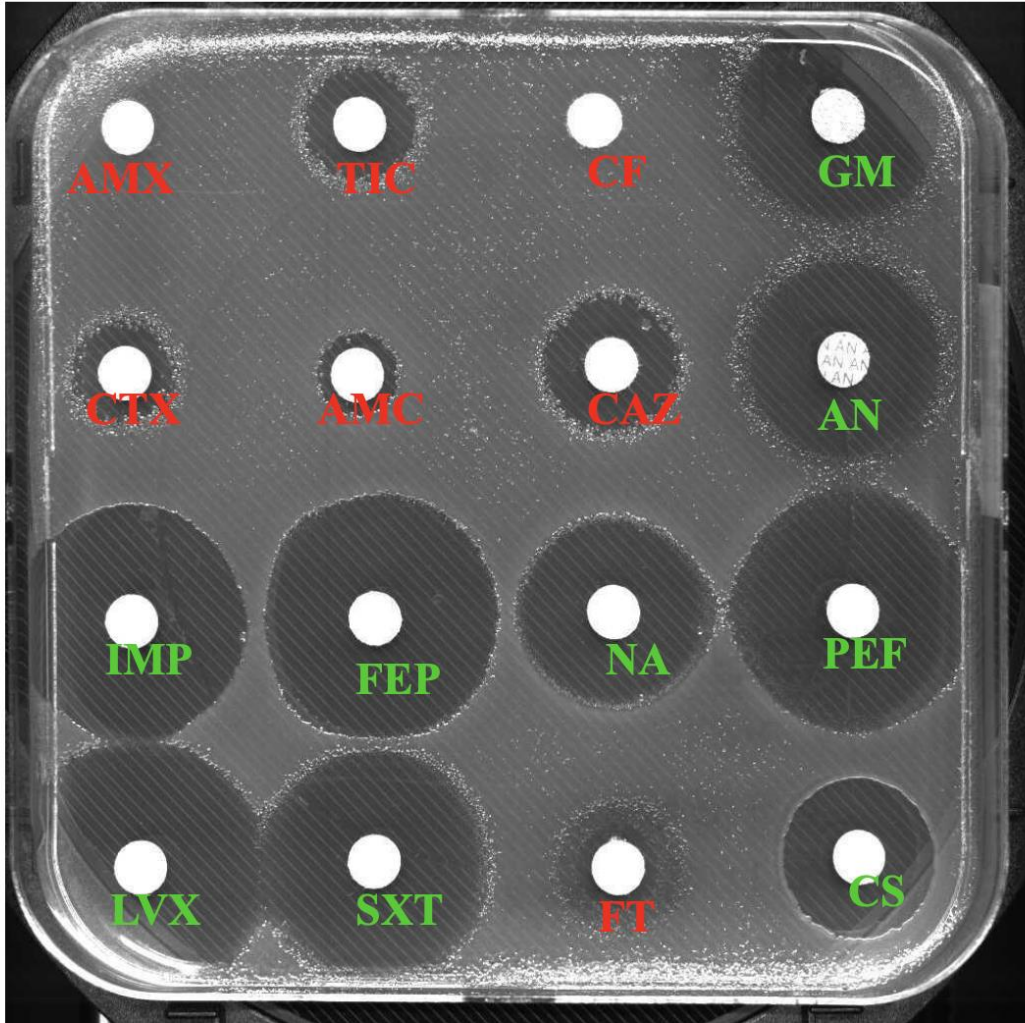
Quel antibiotique proposez-vous ?

Cefepime

C3G ?

- Episode ultérieur de PAVM, vous retrouvez l'antibiogramme suivant

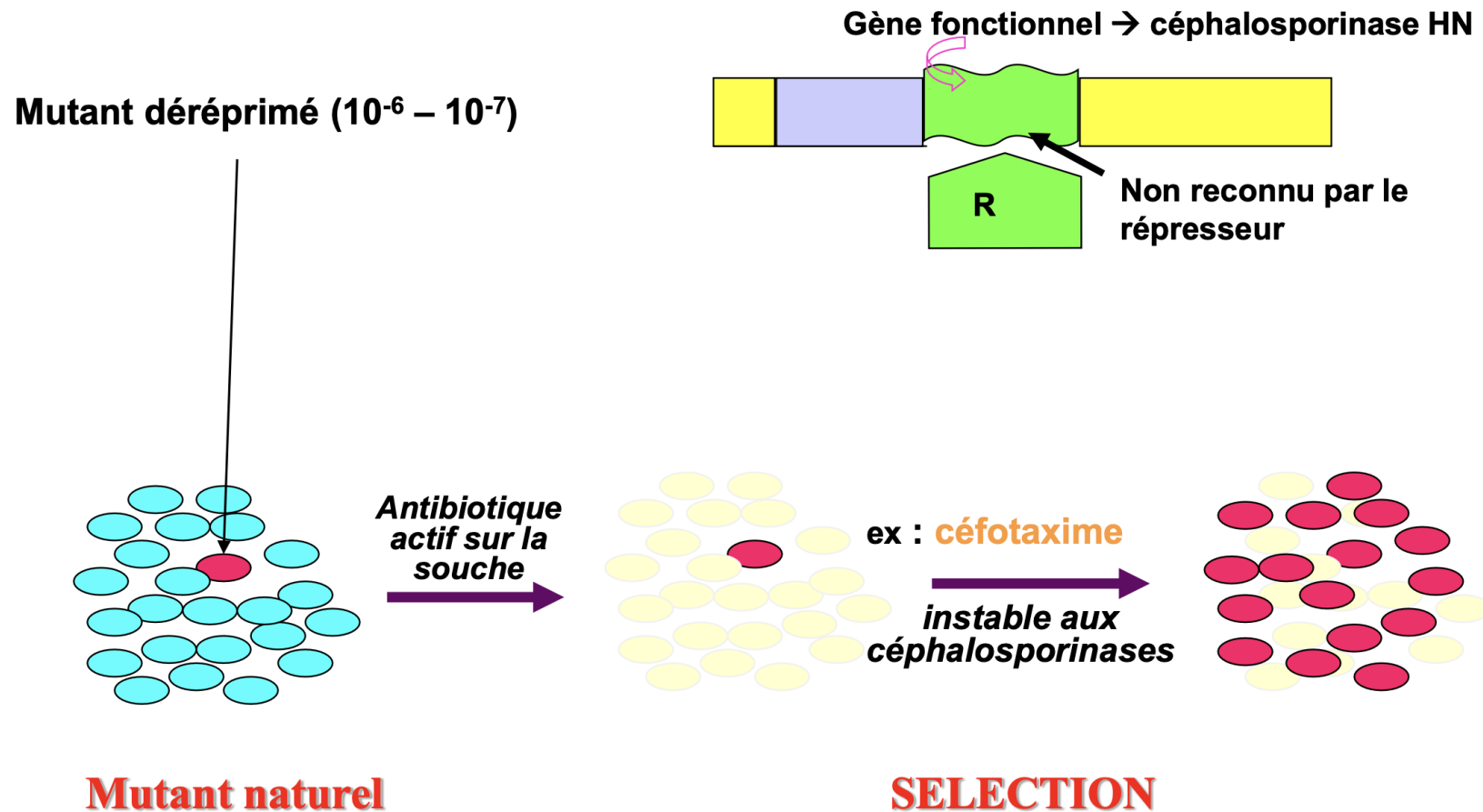
E. cloacae



Quel profil ?

Céphalosporinase dérégulée

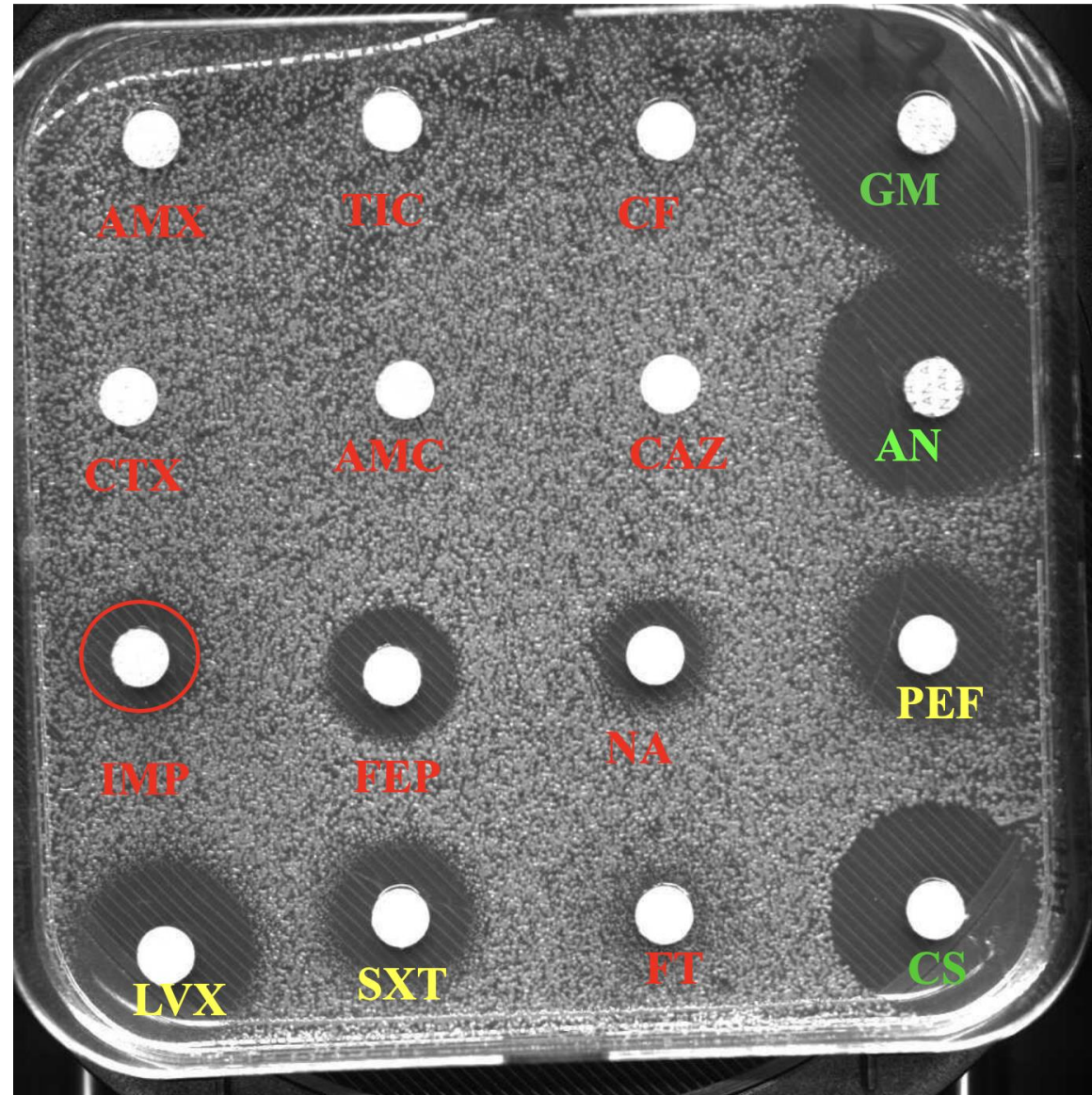
DEREPRESSION



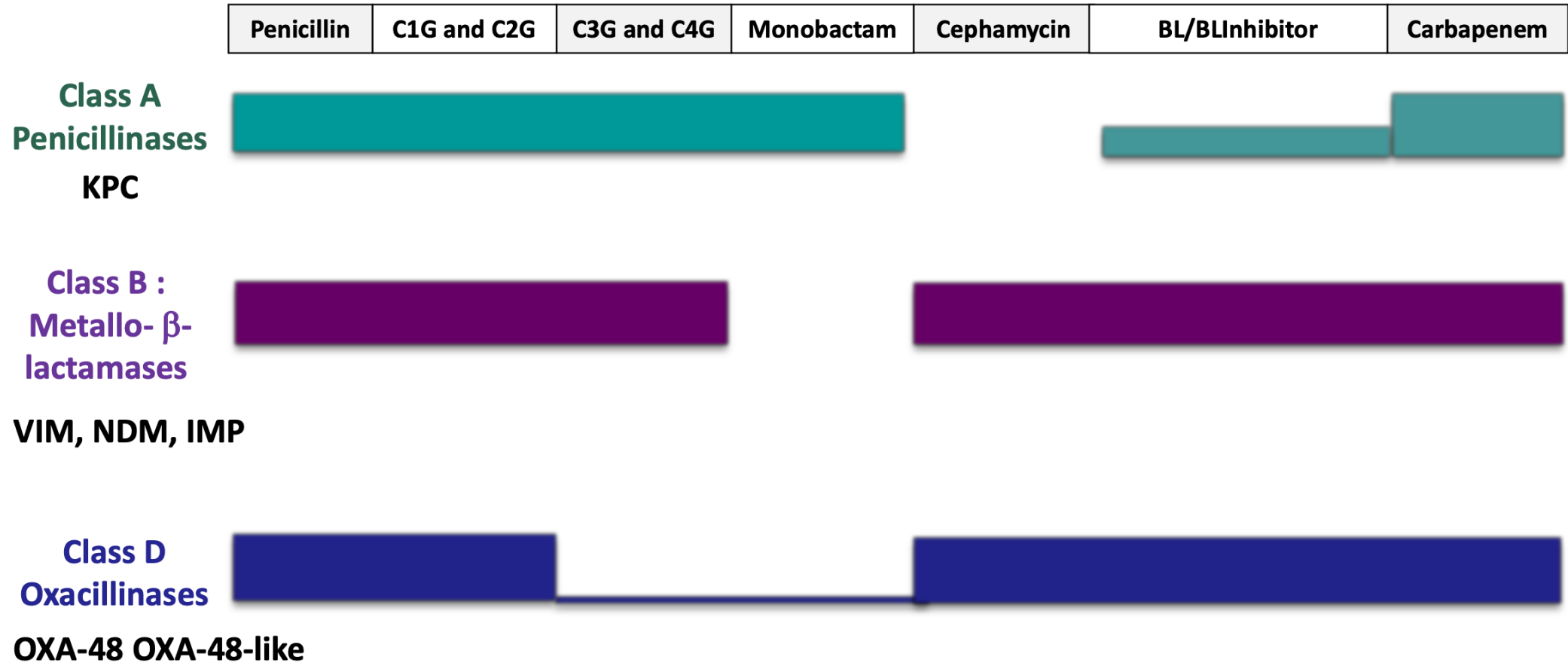
	BLSE	Case déréprimée
Synergies	Présence de synergies entre C3G/C4G/Azt et AMC/TCC	Absence de synergie
Céfoxitine	Sensible	Résistant
Céfépime	Intermédiaire/Résistant	Sensible
Co-résistances	Fréquentes	Plus rares

- LBA pour PAVM chez un patient en réanimation depuis 1 mois pour SDRA initialement lié à un COVID sévère.

Klebsiella aerogenes



Carbapenemases classification according to Ambler



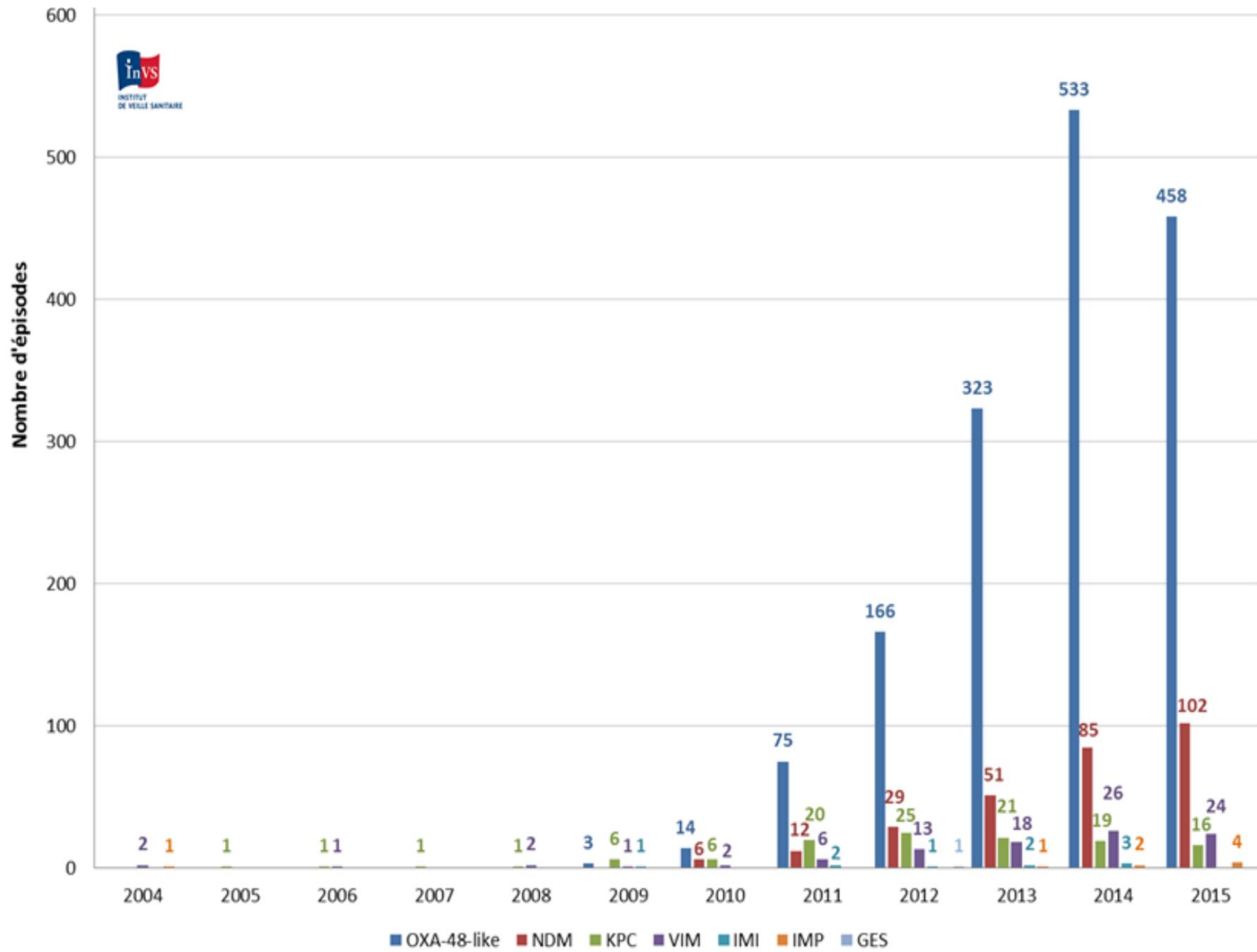
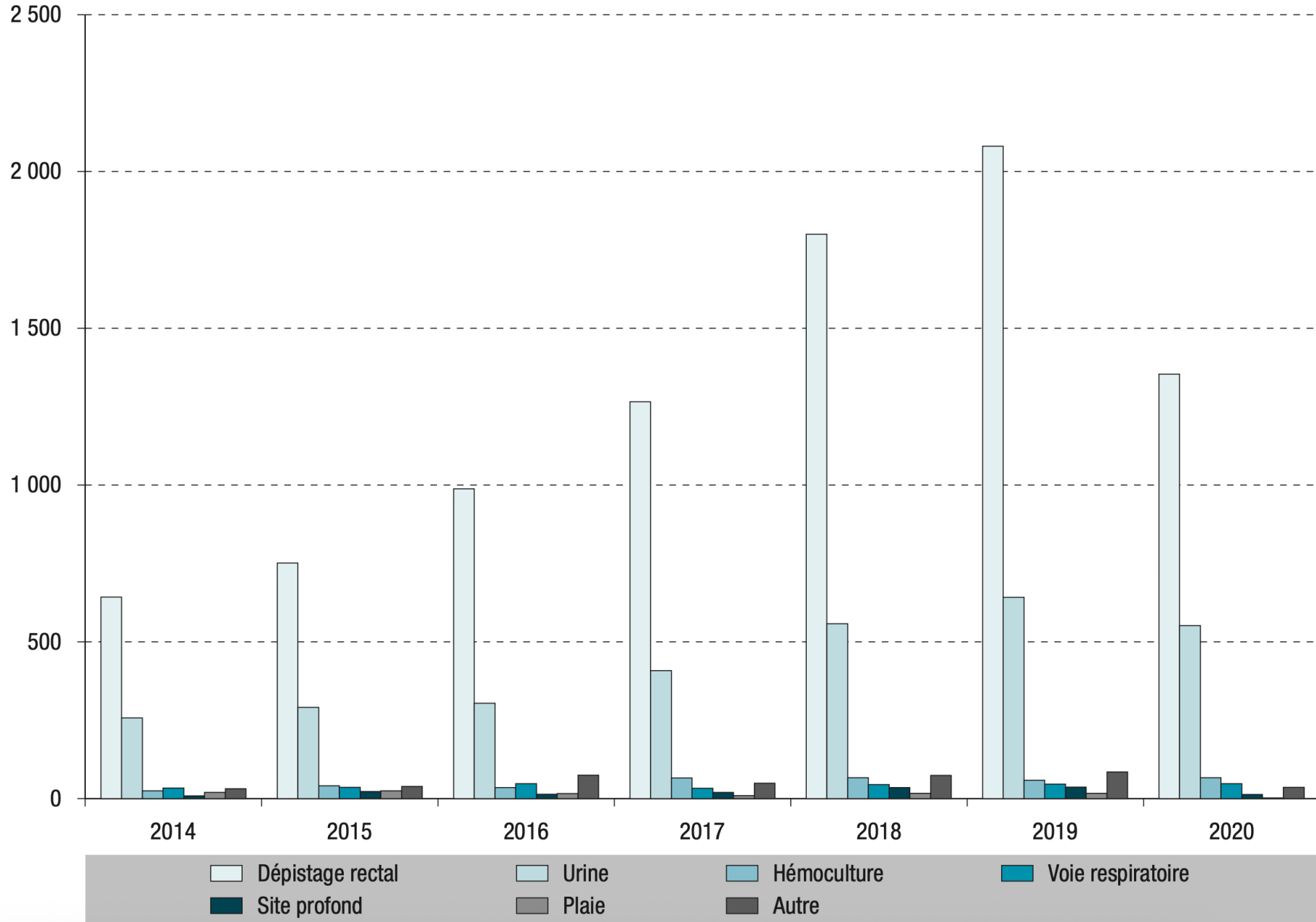


Figure 2

Origine des sites de prélèvements d'entérobactéries productrices de carbapénémases de 2014 à 2020, France



Distribution des carbapénémases identifiées au CNR* en 2020, France

Classe de Ambler	Type de carbapénémase	Nombre de souches	%
Classe A	KPC	65	2,9
	GES-5	1	0,05
	IMI	20	0,9
	NMC-A	2	0,1
Classe B	NDM	443	20,1
	VIM	204	9,2
	NDM + VIM	6	0,3
Classe D	OXA-48-like	1 398	63,3
	OXA-23	11	0,5
Classe A + Classe D	KPC + OXA-48-like	1	0,05
Classe B + Classe D	NDM + OXA-48-like	46	2,1
	VIM+ OXA-48-like	10	0,5
	NDM + VIM+ OXA-48-like	1	0,05
TOTAL		2 208	100

Infections cutanées

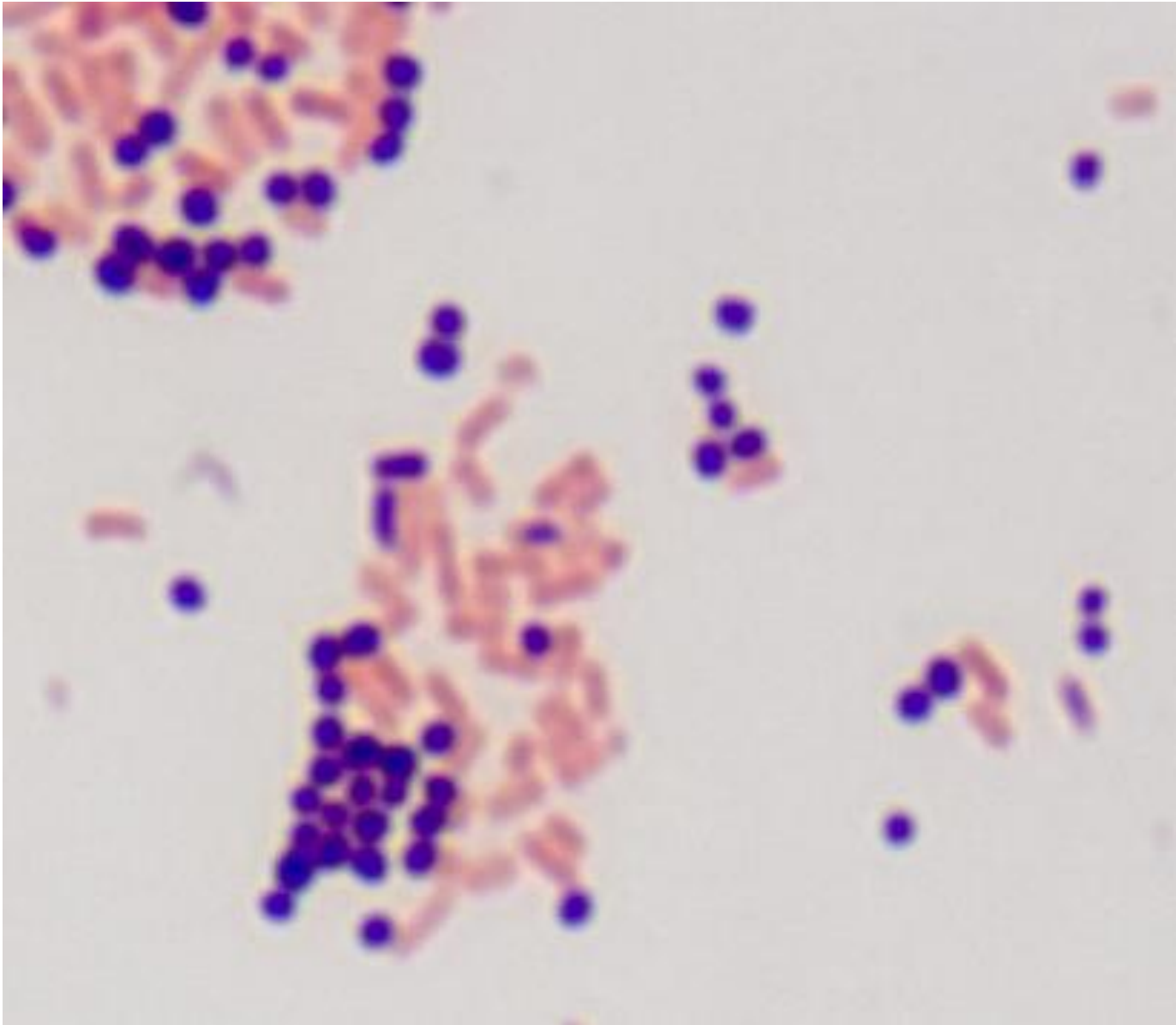
Contexte

- Interne en équipe mobile d'infectiologie, vous êtes appelé dans le service de diabétologie pour donner un avis concernant une plaie de pied.
- Le patient est un homme de 66 ans, diabétique de type 2 depuis plus de 15 ans avec une compliance thérapeutique médiocre. Il présente également une hypertension artérielle, une obésité et une dyslipidémie.
- Il est hospitalisée depuis 48 heures suite à la découverte d'une plaie du pied par son médecin traitant.
- Son HbA1C est à 11 %.



Que faites-vous sur le plan infectiologique ?

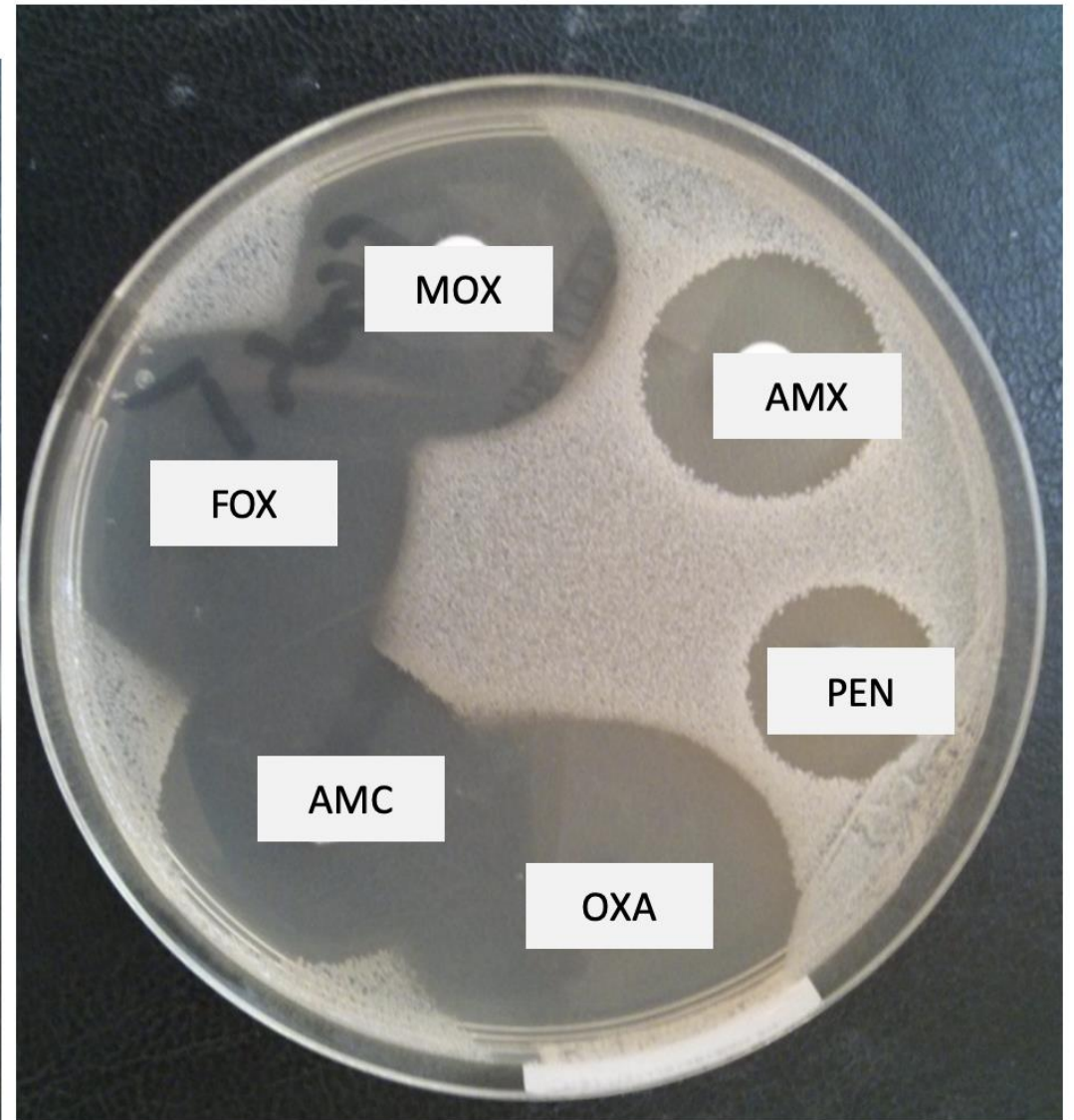
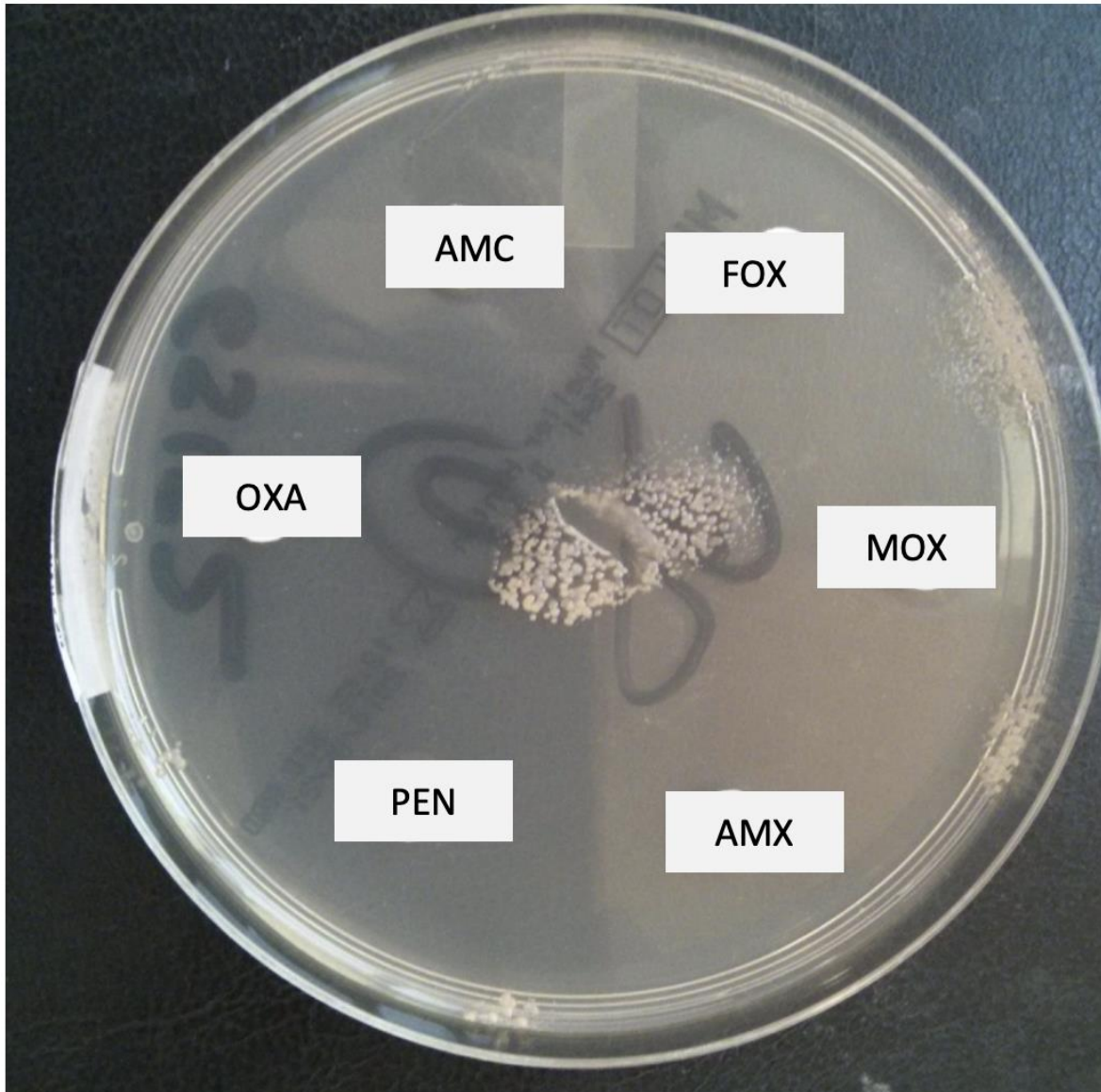
Prélèvements opératoires osseux



S. aureus

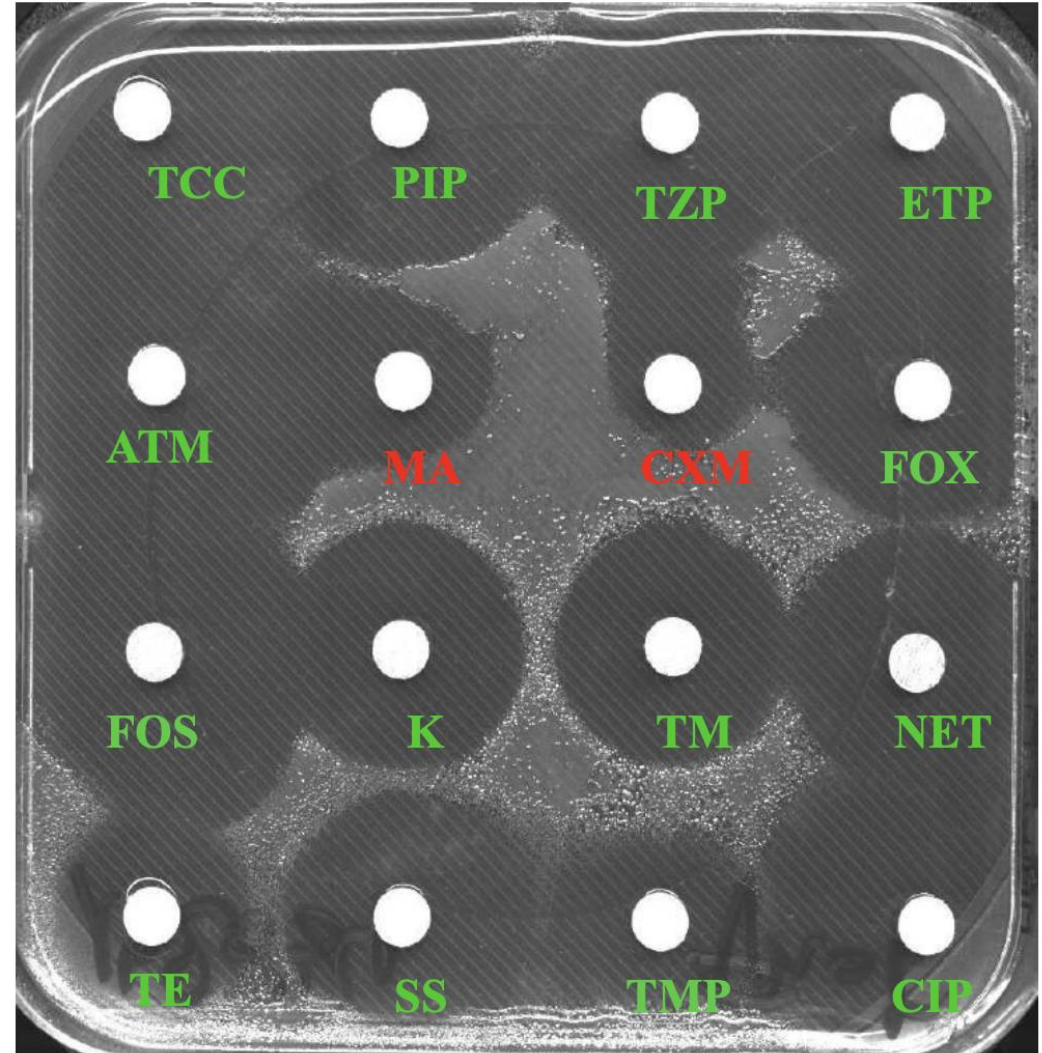
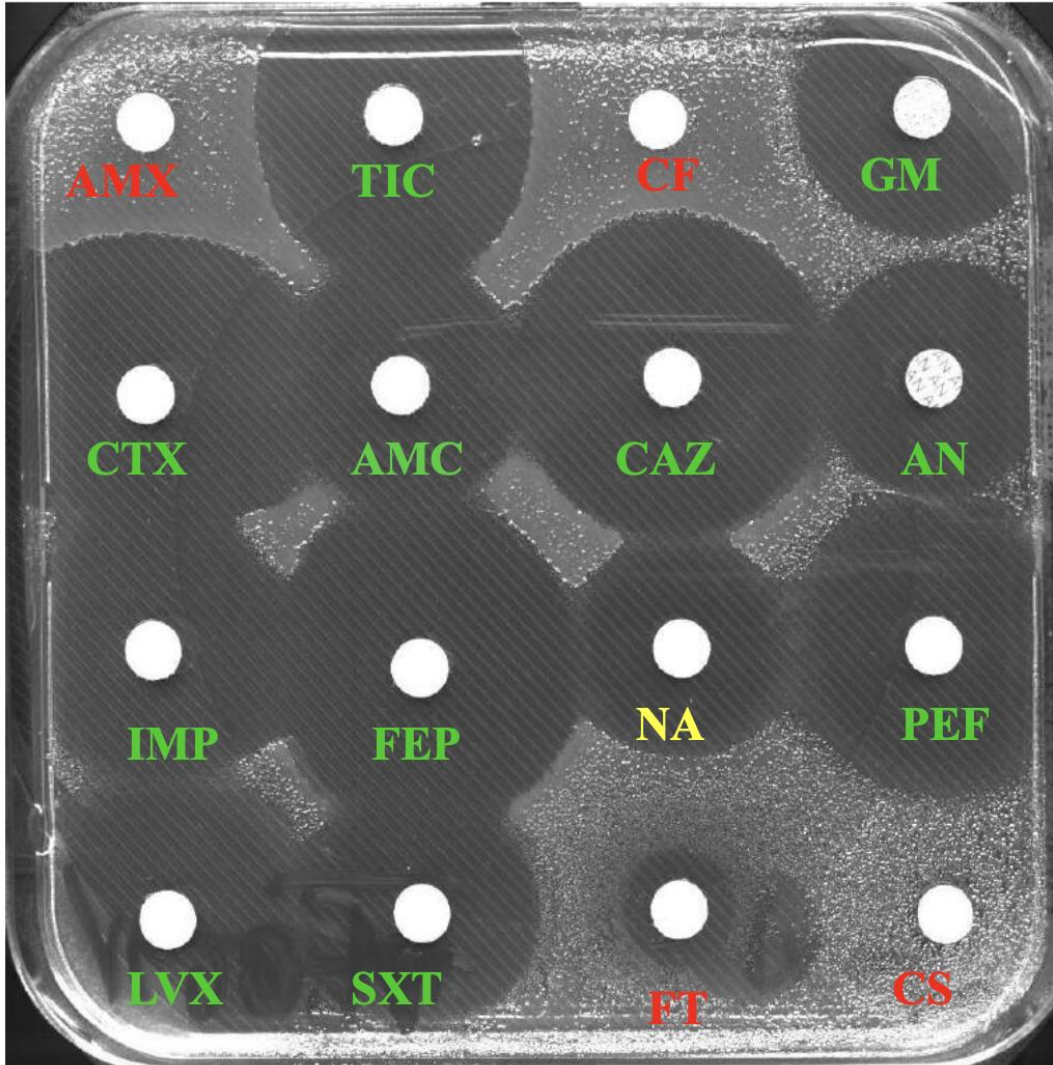


Quel profil ?

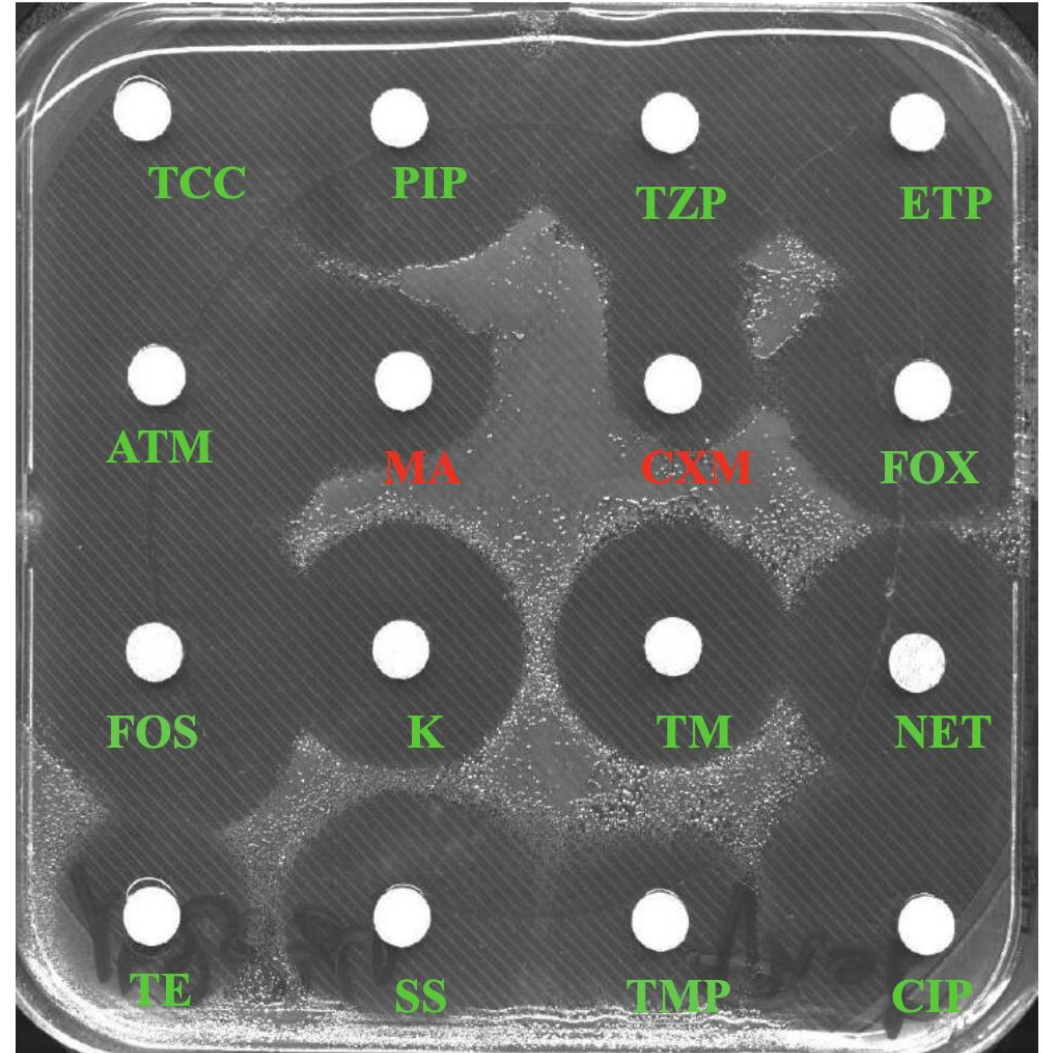
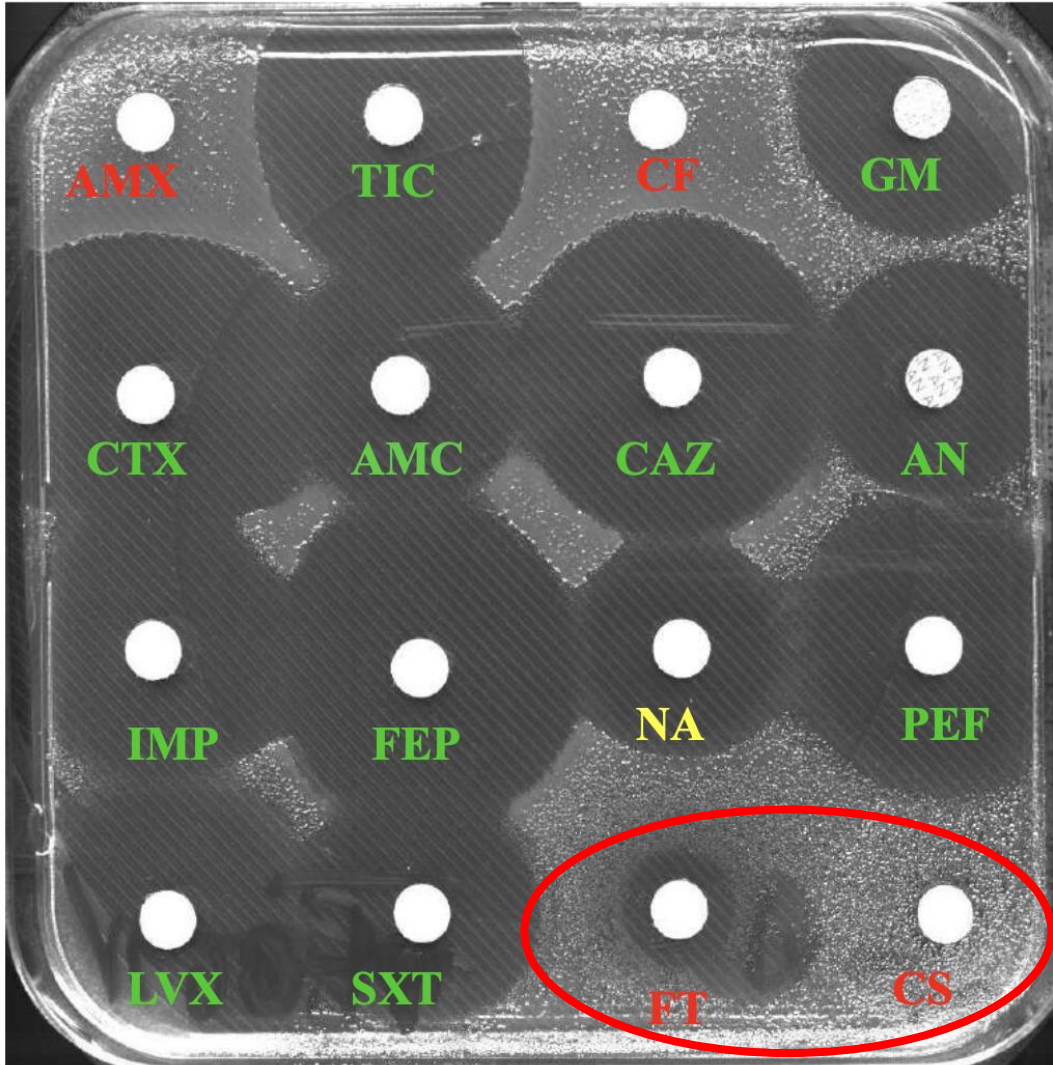


SARM

Une entérobactérie pousse également sur le prélèvement : laquelle ?



Proteus vulgaris (cefuroximase)



Comment expliquer cela ?

Proteus / Providencia / Morganella / Serratia

Résistance naturelle

- Furanes
- Colistine / polymyxines
- Tétracycline

M. X, 25 ans

- Hospitalisé depuis 5 jours pour traitement d'une neurosyphilis
- Pas d'ATCD
- MSM, PrEP

- 39,2°C, FC 105/mn, PA 143/78, SpO2 99%
- Veinite gauche
- Frissons
- 14.780 GB/mm³, 11.500 PNN, 0 PNE
- Créatininémie 71

- Hémocs : cocci gram + en amas

Quel traitement probabiliste ?

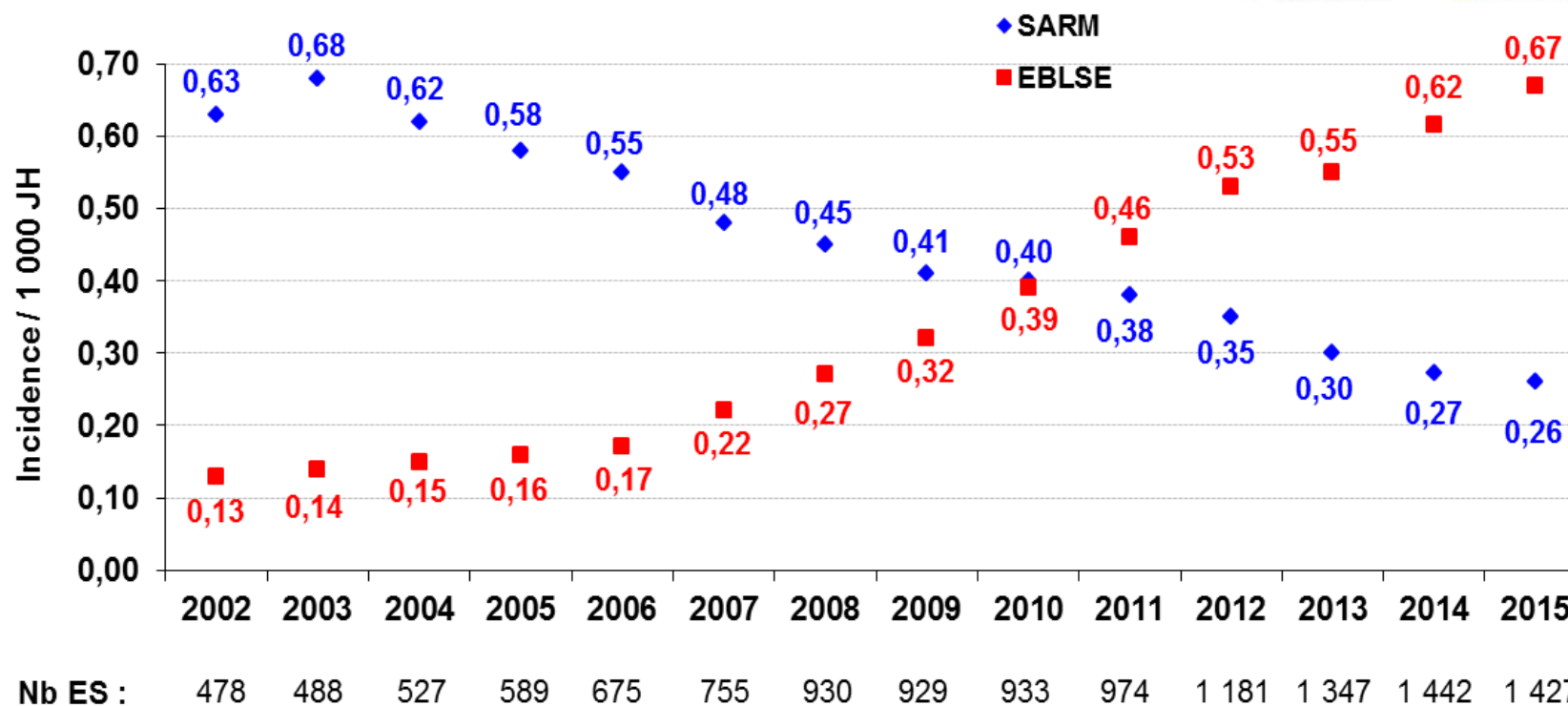
Quel traitement probabiliste ?

Céfazoline

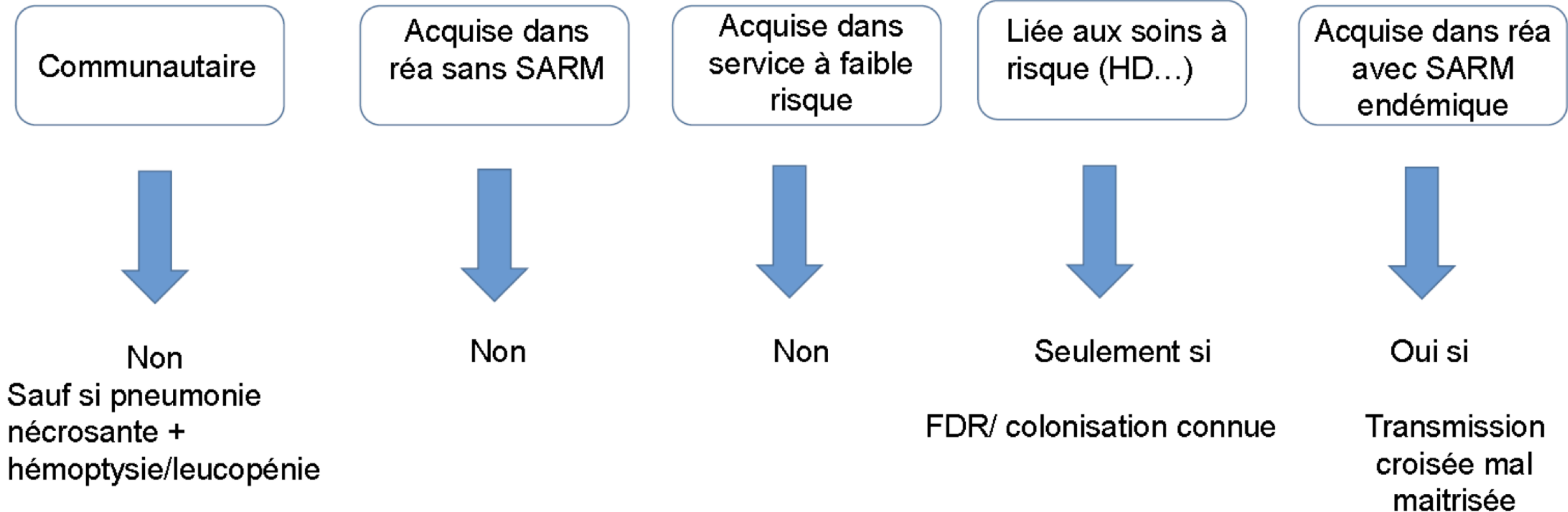
Oxacilline / Cloxacilline IV

SARM en France

Densités d'incidence des SARM et des EBLSE pour 1 000 JH (densité d'incidence globale par année) entre 2002 et 2015

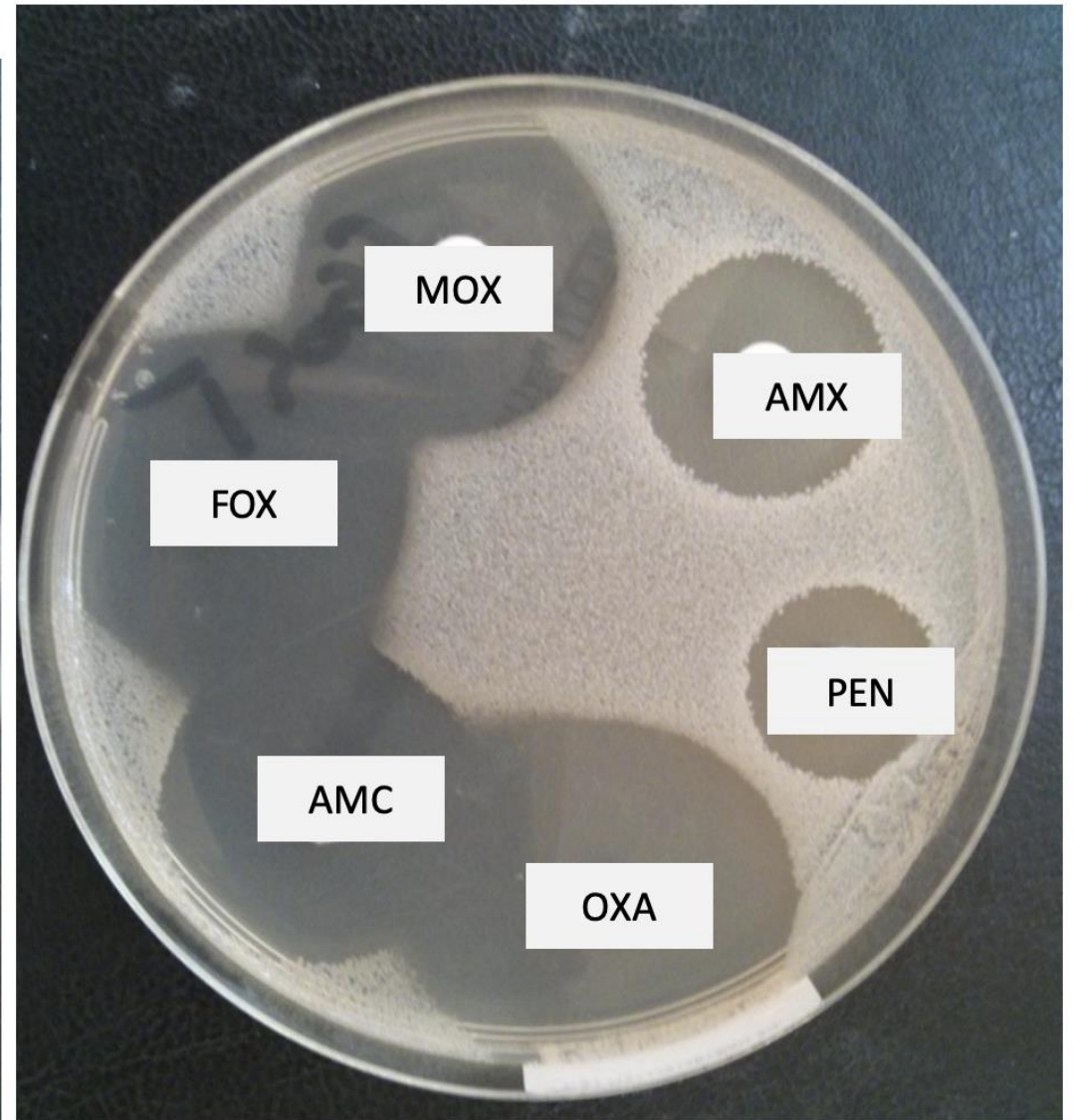


Couvrir le SARM ?



Principaux résultats

- 70% de vancomycine / 10% téico / 10% liné / 10% dapto ↗
- SCNRM 33%, SARM 11%, *E. faecium* 10%, (NR 28%)
- Points positifs
 - Bonne tolérance des anti-Gram positif
 - Excellente pertinence selon l'évaluation des référents locaux
- Points améliorables
 - **Dose de charge non faite dans 50% des cas pour la vancomycine**
 - **40-50% de traitement probabiliste**
 - **Réévaluation J3 faite uniquement dans 40 à 60% des cas**
 - **10 jours de durée médiane**

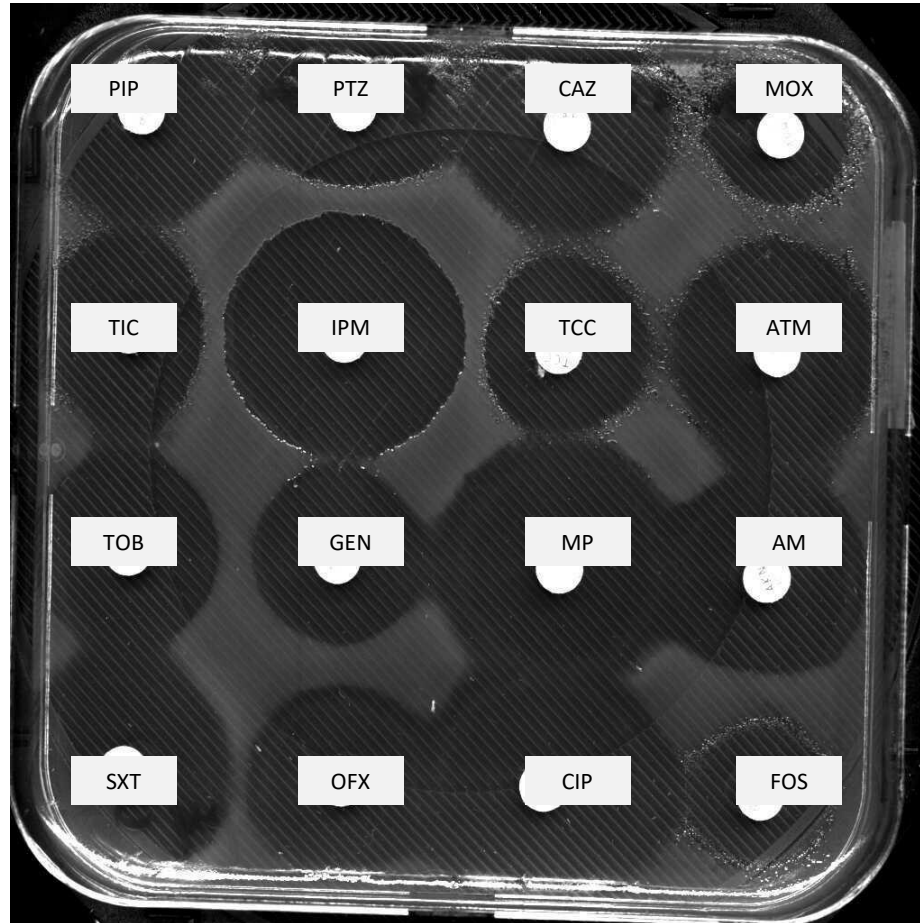


- Vous recevez un appel en EMA pour des hémocultures positives à BGN 48 heures auparavant.
- Il s'agit d'un patient en chirurgie viscérale dans les suites d'une prise en charge pour péritonite traumatique.
- L'antibiogramme qui apparaît sur Orbis est le suivant.
- Le patient reste fébrile malgré C3G + Flagyl.

Quelle bactérie (phénotype sauvage) ?

Amoxicilline	Résistant	Gentamicine	Intermédiaire
Amox+Ac clavul	Résistant	Tobramycine	Sensible
Ticarcilline	Sensible	Amikacine	Sensible
Ticarcilline + Ac. Clavulanique	Sensible	Fosfomycine	Sensible
Pipéracilline	Sensible	Ofloxacine	Interm /Rés
Pipéracilline + Tazobactam	Sensible	Ciprofloxacine	Sensible
Ceftazidime	Sensible	Colistine	Sensible
Cefotaxime	Résistant	Triméthoprim + Sulfaméthoxazole	Résistant
Imipénème	Sensible		
Meropenem	Sensible		

Pseudomonas aeruginosa sauvage



- Céphalosporinase chromosomique inductible
- Perméabilité médiocre
- Systèmes d'efflux

Résistant à

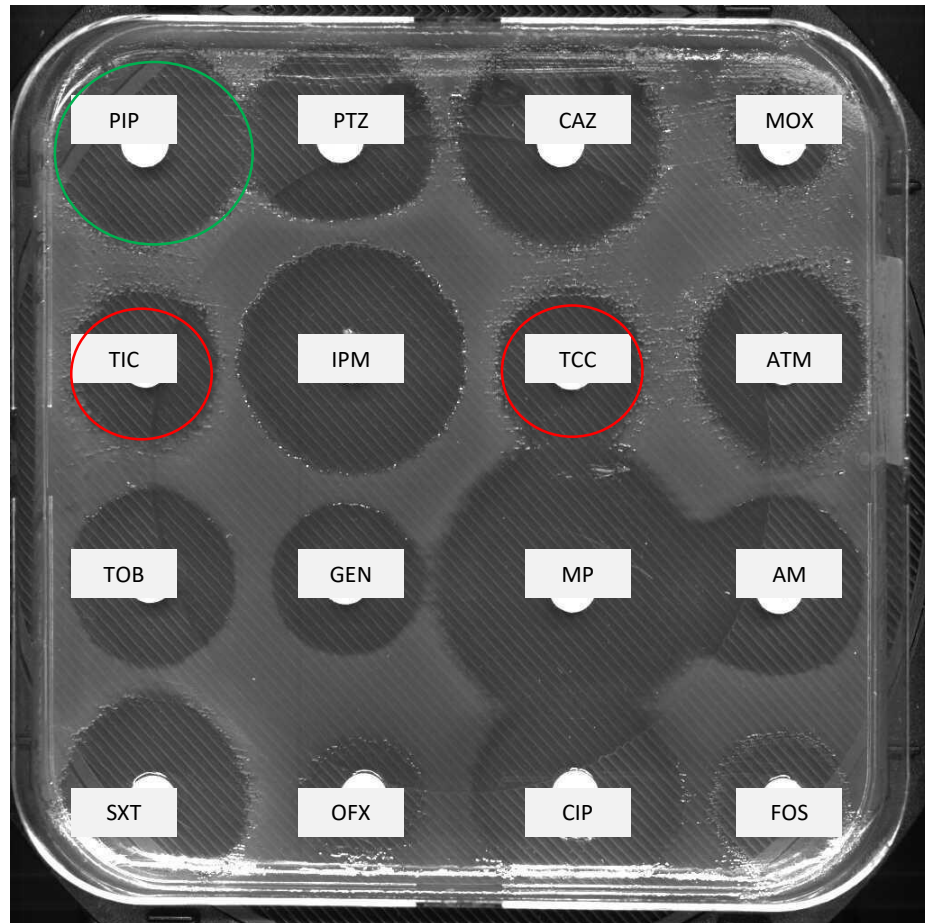
AMX, AMC

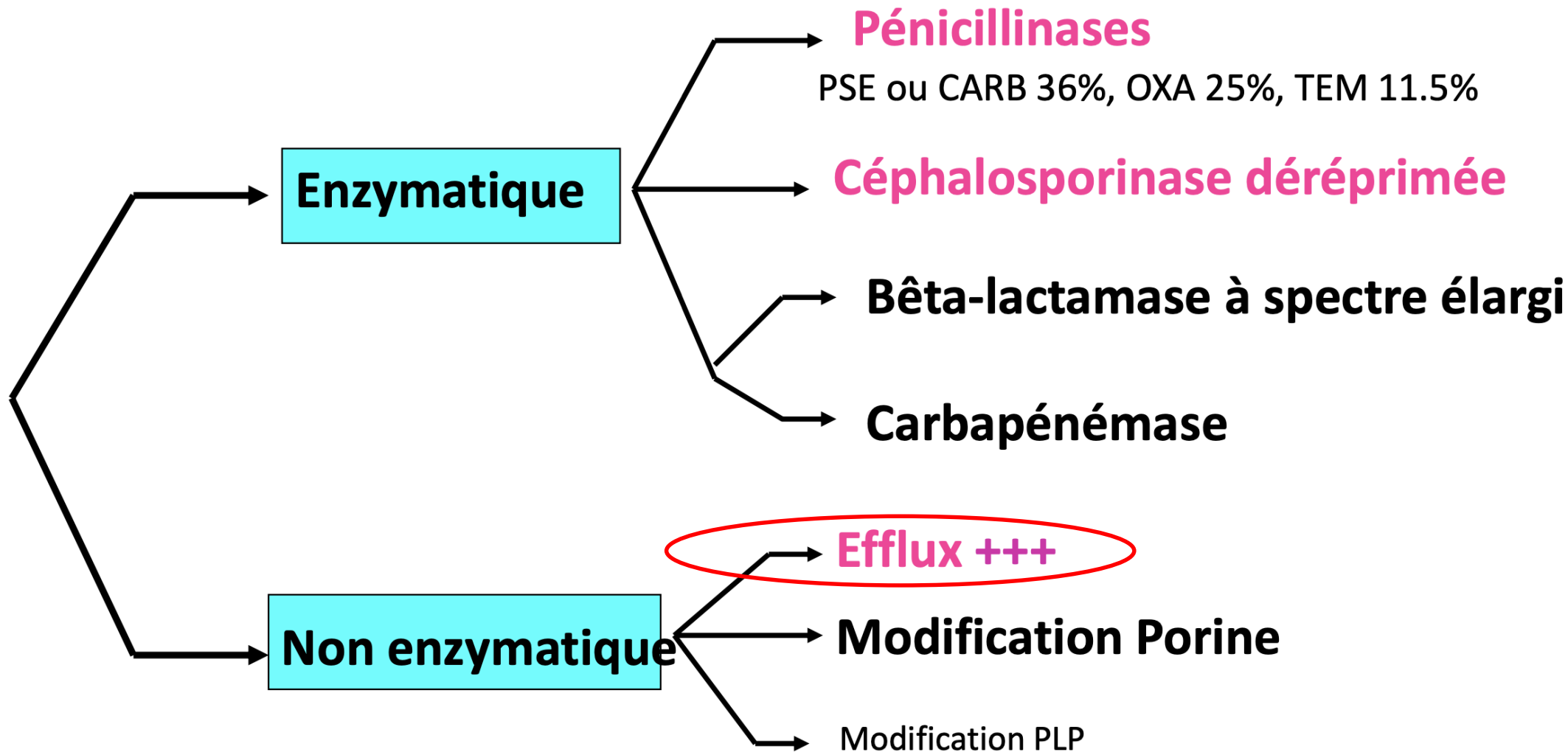
C1G, C2G

Céfoxitine

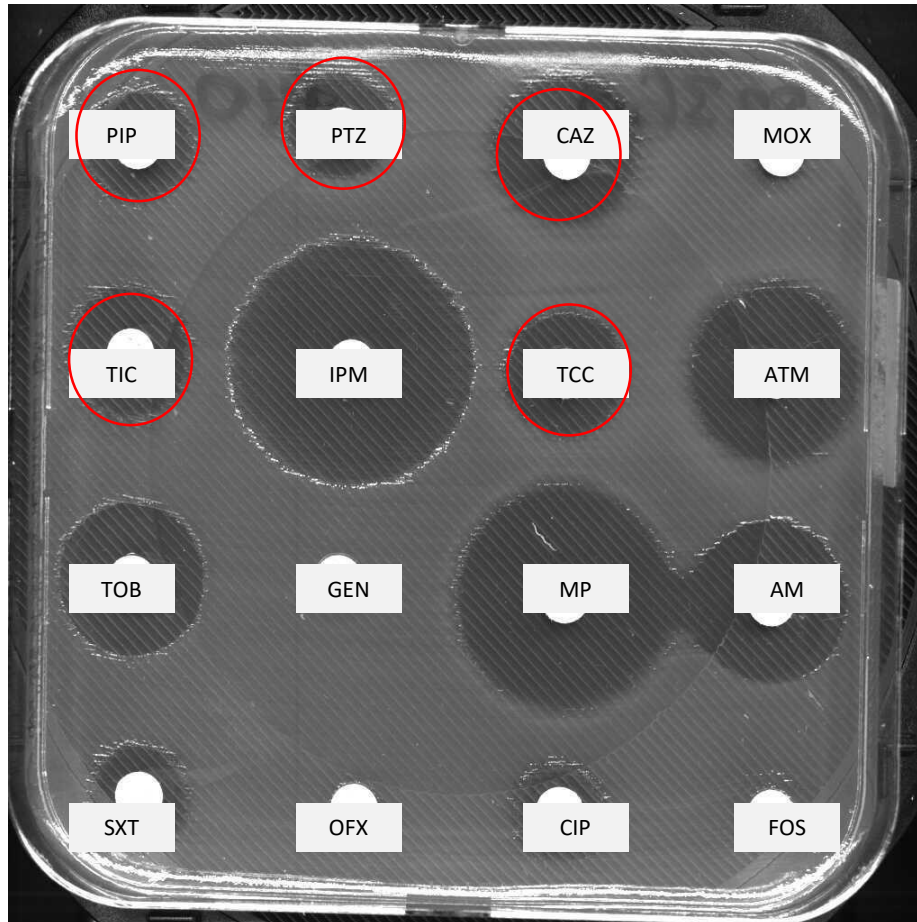
Céfotaxime

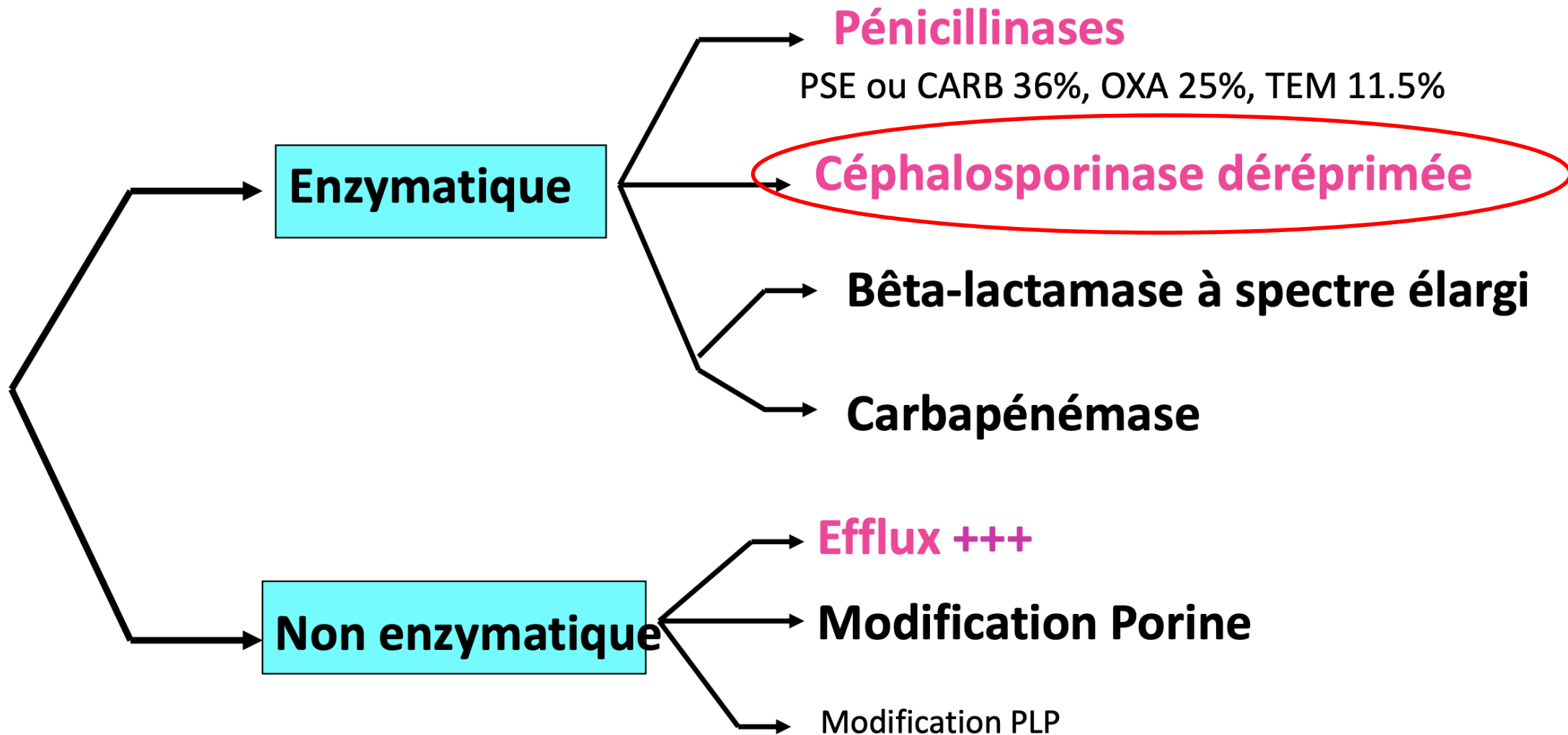
Pseudomonas aeruginosa résistances ?



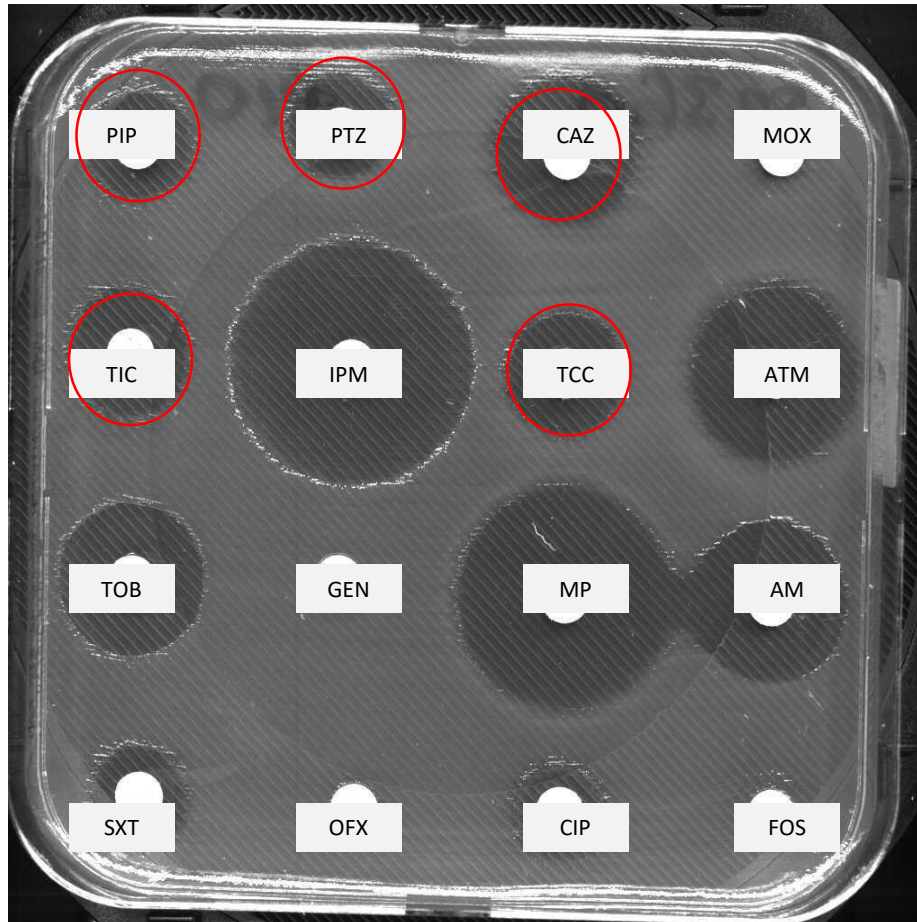


Pseudomonas aeruginosa résistances ?

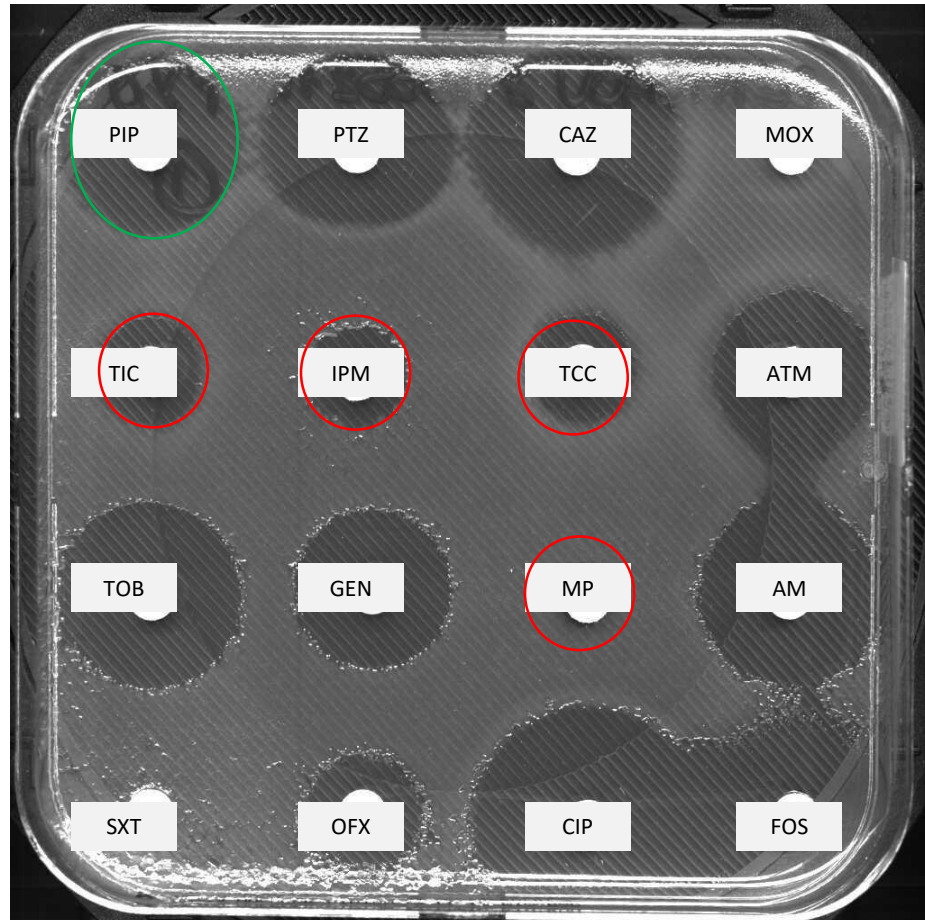




Pseudomonas aeruginosa céphalosporinase dérégulée



Pseudomonas aeruginosa résistances ?



Mécanismes de résistances de *P. aeruginosa* aux carbapénèmes

- **Mutation de la porine D2 de la paroi (imipénème)**
imperméabilité spécifique à l'imipénème
mécanisme **le plus souvent isolé**
mais peut être associé à céphalosporinase
hyperproduite
- **Efflux (imipénème + méropénème)**
souvent associé à d'autres résistances
d'antibiotiques tels quinolones
- **Carbapénémase (imipénème + méropénème)**

M. Y, 78 ans, se présente aux urgences avec de la fièvre à 39°, une forte asthénie et des céphalées quelques jours après son retour d'un voyage au Portugal.

ATCD médicaux : -Sarcoïdose

-Hypertrophie bénigne de prostate

-HTA traitée

- Le patient présente un Glasgow à 11/15 avec des troubles de la vigilance et un syndrome confusionnel. Il n'a pas de déficit sensitif ou moteur localisé.
- Il n'y a pas d'anomalie des nerfs crâniens ou du champ visuel

Vous faites une ponction lombaire

Le liquide est clair

On retrouve 200 GB/mm³, 90% de lymphocytes

Examen direct de Gram : négatif

Protéinorachie 1 g/L, glycorachie 3 mmol/L (pas de glycémie prélevée !)

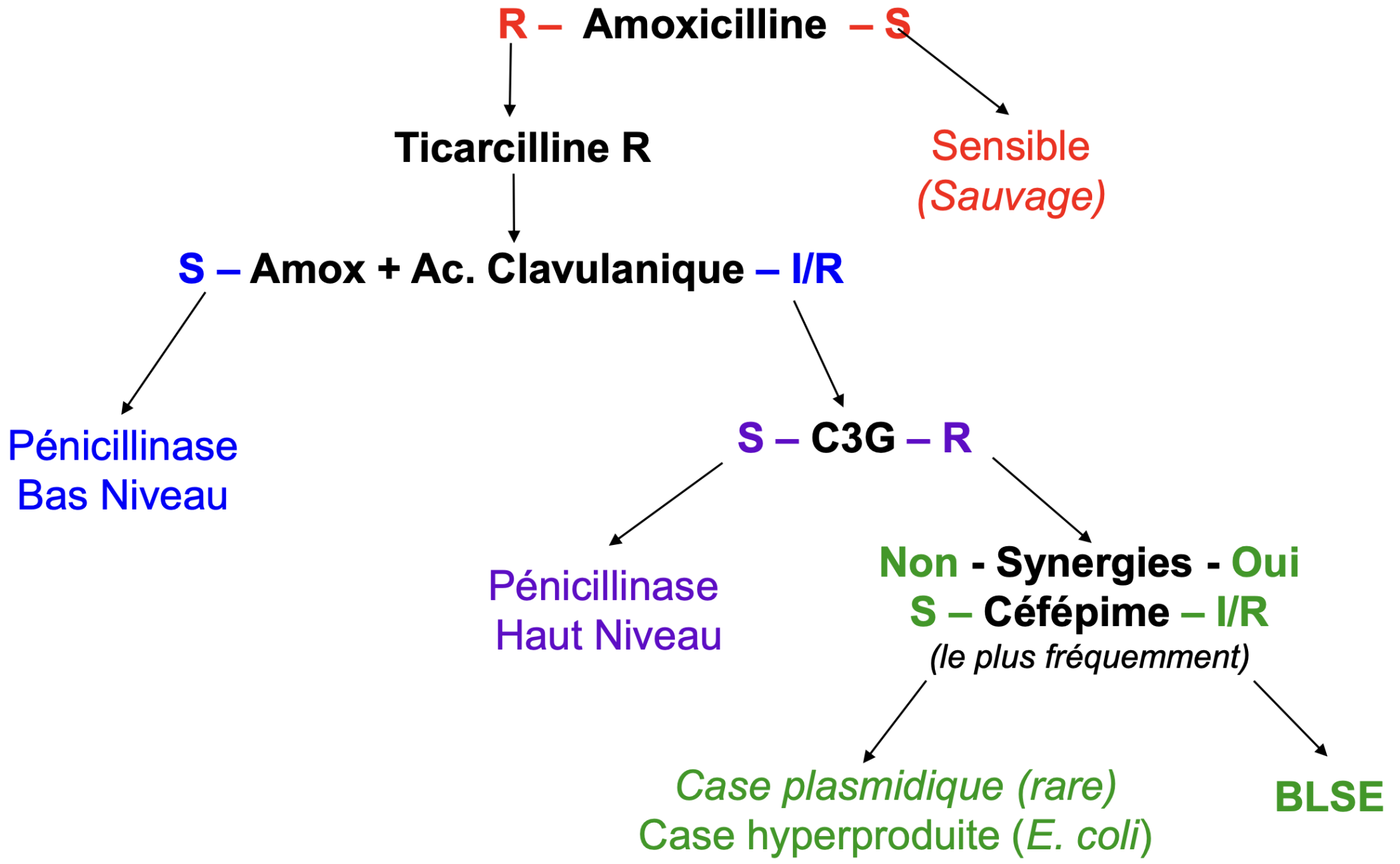
Quel traitement débiter ?

Méningo-encéphalite

1. HSV → Aciclovir IV
2. Listeria → Amoxicilline

Conclusion

Groupe 0	Absence de bêta-lactamase	<i>Salmonella</i> <i>Proteus mirabilis</i>
Groupe I	Céphalosporinase non exprimée	<i>E. coli, Shigella</i>
Groupe II	Pénicillinase chromosomique (bas niveau)	<i>Klebsiella, C. koseri</i> (sauf <i>K. aerogenes</i>)
Groupe III	Céphalosporinase inductible	<i>Enterobacter, Morganella,</i> <i>C. freundii, Hafnia, Serratia,</i> <i>Providencia K. aerogenes</i>
Groupe IV	Pénicillinase + Céphalosporinase	<i>Yersinia, Serratia fonticola</i>
Groupe V	Céfuroximase	<i>Proteus vulgaris, P. penneri</i>



https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-08/reco360_synthese_durees_antibiotherapies_coi_2021_07_15_v2.pdf



RECOMMANDER LES BONNES PRATIQUES

SYNTHÈSE

**Choix et durées d'antibiothérapie
préconisées dans les infections
bactériennes courantes**

Validée par le Collège le 15 juillet 2021

Dermohypodermites bactériennes non nécrosantes (DHBNN) chez l'adulte

DHBNN non compliquée

amoxicilline

**7 jours.
Ne pas prolonger
l'antibiothérapie**

Plaie par morsure animale

amoxicilline-acide clavulanique

7 jours

Prévention des récurrences

Antibioprophylaxie : benzyl-pénicilline G retard 2,4 MUI IM

Toutes les 2 à 4 semaines

Dermohypodermites bactériennes non nécrosantes (DHBNN) chez l'enfant

Pas d'antibiothérapie locale

amoxicilline-acide clavulanique

7 jours