

**GUIDE BELGE DES TRAITEMENTS ANTI-INFECTIEUX
EN PRATIQUE AMBULATOIRE**

edition 2006

BAPCOC

Table des matières

Introduction	6
Méthodologie	10

INFECTIONS RESPIRATOIRES

Mal de gorge aigu	13
Otite moyenne aiguë	15
Rhinosinusite aiguë	17
Epiglottite aiguë	19
Laryngite striduleuse	20
Infections aiguës des voies respiratoires inférieures chez l'enfant	21
Infections aiguës des voies respiratoires inférieures chez l'adulte	23
Exacerbation aiguë de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)	25
Influenza	27
Refroidissement	29
Coqueluche (pertussis)	30

INFECTIONS DE LA PEAU ET DES TISSUS MOUS

Acné	32
Impétigo	34
Cellulite et érysipèle	36
Morsures	37
Herpès labial	39
Varicelle et herpes zoster (zona)	40
Maladie de Lyme (erythema chronicum migrans)	42
Candidoses et mycoses	44
Scabies (gale)	46

INFECTIONS GENITO-URINAIRES

Cystite (non compliquée)	47
Pyélonéphrite (non compliquée)	50
Prostatite	52
Orchi-épididymite	53
Pelvic inflammatory disease (PID)	55
Vulvovaginite	56
Urétrite	58
Syphilis	60
Herpès génital	61

INFECTIONS GASTRO-INTESTINALES

Gastroentérite résidentielle	63
Diverticulite	64
Abcès peri-anal	65
Eradication d' <i>Helicobacter pylori</i>	66

INFECTIONS STOMATOLOGIQUES

Abcès dentaire	68
----------------	----

INFECTIONS OPHTALMOLOGIQUES

Conjonctivite bactérienne	69
---------------------------	----

PROPHYLAXIE

Prévention de la méningite bactérienne	70
Prévention de l'endocardite bactérienne	72

INFORMATIONS UTILES

Avis pour les voyageurs	75
Tuberculose	75

PREFACE

En réponse aux informations alarmantes sur la résistance bactérienne croissante et la surconsommation d'antibiotiques en Belgique, la BAPCOC (Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee) a mis sur pied différentes initiatives.

Les campagnes de sensibilisation visant le public et les guides de pratiques cliniques destinés aux médecins n'ont pas raté leurs objectifs. Une diminution évidente de la consommation des antibiotiques en pratique ambulatoire a été observée ces dernières années.

Pourquoi encore un guide concernant les antibiotiques (et autres traitements infectieux) en pratique ambulatoire?

Sa motivation est l'observation d'un paradoxe. Dans de nombreux hôpitaux, une commission établit des recommandations pour une utilisation responsable des médicaments, dont les antibiotiques, sur la base de leur efficacité, de leurs effets indésirables, des chiffres locaux de résistance et de leur prix. Par contre, en pratique ambulatoire, cette approche est quasi inexistante, alors que 80% des antibiotiques y sont prescrits. Il existe bien quelques antibioguides pour les médecins généralistes, mais ceux-ci sont largement financés par l'industrie pharmaceutique, ce qui comporte le risque de choix non basé uniquement sur des critères scientifiques. J'ai pu remarquer, lorsque je donnais cours, que les étudiants utilisaient ces antibioguides et combien il était alors difficile de les convaincre de faire d'autres choix qui s'imposaient sur base de données scientifiques récentes.

Ce guide des traitements anti-infectieux en pratique ambulatoire est un complément remarquable au Répertoire Commenté des Médicaments. Le guide que nous vous présentons veut également apporter un fil conducteur vers un emploi rationnel des antibiotiques. Son point de départ n'est cependant pas les différentes classes d'antibiotiques, mais bien les pathologies rencontrées régulièrement en médecine ambulatoire.

Je tiens à remercier les autorités pour cette occasion unique: à ma connaissance, nous sommes un des rares pays disposant d'un antibioguide pour la pratique ambulatoire. Je remercie tous les collaborateurs de la BAPCOC pour leur appui à cette initiative, ainsi que les membres du comité d'accompagnement et les experts externes.

La contribution du Dr Pierre Chevalier fut cruciale: la base de ce guide repose sur un travail préparatoire effectué sous sa direction par le Groupe de Recherche Bibliographique du Centre Universitaire de Médecine Générale de l'Université Catholique de Louvain. Pour ce projet-ci, il s'est entouré de trois médecins généralistes appartenant aux deux régimes linguistiques et, sous sa conduite, un résultat scientifiquement de haut niveau a pu être réalisé.

Durant l'élaboration de ce guide, les associations scientifiques et les universités ont pu collaborer au long de ce chemin vers l'optimisation de la qualité de la pratique médicale.

Nous espérons que tous les médecins pratiquant en ambulatoire utiliseront cet instrument de manière intensive et qu'ils nous feront part de leur satisfaction lors de l'emploi de ce guide, tant pour son contenu, que pour sa maniabilité. Nous vous remercions pour votre collaboration dans l'atteinte de notre but: protéger la santé publique en réduisant la résistance microbienne croissante grâce à une amélioration de l'utilisation des antibiotiques.

Professeur émérite Marc De Meyere

Président du Groupe de travail de la Pratique Ambulatoire BAPCOC

COLLABORATEURS

Coordination générale

Dr Pierre Chevalier, Centre Universitaire de Médecine Générale, UCL
Prof Emérite Dr Marc De Meyere, médecine générale UZ Gent

Groupe des auteurs

Dr Pierre Chevalier, médecin généraliste
Dr An De Sutter, médecin généraliste, PhD
Dr Aurelia Meyer, médecin généraliste
Dr Françoise Pineux, médecin généraliste

Comité d'accompagnement

Dr Michiel Costers, coordinateur BAPCOG
Dr Geert De Loof, médecin généraliste (Domus Medica, précédemment WWH)
Dr Robert Gérard, médecin généraliste (représentant la SSMG)
Prof Dr Herman Goossens, biologie clinique - microbiologue
Prof Dr Jack Lévy, pédiatre
Dr Petra Schelstraete, pédiatre
Dr Yves Van Laethem, médecin-interniste – infectiologue
Dr Stefaan Van Lierde, pédiatre
Prof Dr Jan Verhaegen, biologie clinique – microbiologue
Prof Dr Anne-Marie Vints, pneumologue

Experts externes

Prof Dr J De Maeseneer, médecine générale UZ Gent
Prof Dr D Pestiaux, CUMG de l'UCL
Prof Dr G Stibbe, DUMG de l'ULB
Prof Dr E Van Wijngaerden, médecin-interniste – infectiologue

INTRODUCTION

Ce «Guide belge des traitements anti-infectieux en pratique ambulatoire», édition 2006, fait le point sur les connaissances actuelles en ce qui concerne l'efficacité et la sécurité prouvées des antibiotiques et d'autres anti-infectieux dans les pathologies courantes rencontrées en pratique ambulatoire en Belgique. Il comporte également des recommandations pour la pratique basée sur la littérature et validées par des experts nationaux pour une application locale. Il concerne principalement les infections bactériennes et les traitements antibiotiques, mais il aborde également des infections virales ou mycosiques et donc des traitements antiviraux et anti-mycosiques pertinents pour la pratique ambulatoire. Il n'inclut volontairement pas d'information sur l'intérêt et la place des vaccinations.

L'usage adéquat des antibiotiques

1. Nécessité et dangers d'un traitement antibiotique

L'organisme humain possède des mécanismes de défense naturels contre les infections. Dans la majorité des infections présentes en pratique ambulatoire, la guérison est spontanée et non ou très peu influencée par l'utilisation d'un antibiotique. Celui-ci ne s'avère nécessaire que pour lutter contre certaines bactéries fort agressives où lorsque les moyens de défense immunitaire sont déficients (immunosuppression) ou dépassés (par exemple septicémie). La prescription d'un antibiotique sera prise également en considération lors de la présence d'une co-morbidité (diabète de type 2 par exemple) ou en fonction d'un risque particulier lié à l'âge (nourrisson, personne fort âgée) en sachant que la littérature n'apporte pas de preuve solide de l'intérêt d'une telle prescription.

Un traitement antibiotique comporte le risque de favoriser l'émergence de souches microbiennes résistantes, qu'elles soient commensales ou pathogènes. Cette résistance peut se transmettre entre germes ou d'individu à individu (par transmission du germe résistant). Le portage de germes résistants est plus important chez les personnes récemment hospitalisées, ayant reçu récemment des antibiotiques, ou dans les crèches (Wang, *Can Fam Physician* 1998; 44: 1881-8). Le portage de pneumocoques résistants est également plus important dans des régions où l'on prescrit plus d'antibiotiques (Goossens et al, *Lancet* 2005; 365: 579-87).

Une utilisation rationnelle des antibiotiques est donc indispensable pour freiner l'extension de cette résistance bactérienne qui peut, individuellement, rendre un traitement antibiotique plus difficile et nécessiter de recourir à des antibiotiques d'emploi moins aisé et plus risqué.

2. Utilisation correcte des antibiotiques

Les antibiotiques sont indispensables dans toute infection sévère telle que méningite, septicémie, pyélonéphrite et ostéomyélite. Ils peuvent également être indiqués dans d'autres infections moins sévères.

Une utilisation correcte est indispensable afin de limiter le risque d'émergence de germes résistants. Il est particulièrement recommandé de:

- administrer des doses correctes (pas trop faibles);
- administrer un antibiotique pendant la période validée (la plus courte possible);

- respecter l'intervalle de dose;
- éviter si possible la répétition de cures d'antibiotiques chez un même individu (avec des molécules différentes particulièrement);
- éviter de multiplier les traitements antibiotiques (avec des molécules différentes particulièrement) au sein d'une même communauté ou d'une population importante.

Dans le corps humain, la relation antibiotique-agent infectieux est en effet une relation dynamique impliquant les paramètres pharmacodynamiques suivants: la concentration minimale inhibitrice (CMI), la concentration maximale de l'antibiotique (C_{max}), le temps pendant lequel la concentration de l'antibiotique se situe au delà de la CMI (time above MIC) et l'aire sous la courbe qui représente l'exposition totale de la bactérie à l'antibiotique (area under the curve ou AUC).

Ces différents paramètres ont une importance différente selon les classes d'antibiotiques.

Certains antibiotiques comme les quinolones et les aminoglycosides ont une action dépendante de leur concentration – leur activité bactéricide augmente avec la concentration (concentration-dependent killing). Les paramètres pertinents sont la C_{max}/MIC et l'AUC/MIC. Ces antibiotiques devront être donnés de façon à obtenir des concentrations maximales élevées (par exemple: moxifloxacine en une prise).

Les bêtalactames ont une activité dépendante de leur temps de présence face aux bactéries – au plus longtemps la bactérie est exposée à l'antibiotique, plus grande est l'efficacité (time-dependent killing). Le paramètre pertinent est le 'time above MIC'. Pour ces antibiotiques une concentration suffisante devra être maintenue le plus longtemps possible, donc administration de plusieurs doses (par exemple: amoxicilline en 3 à 4 prises).

3. Choix de l'antibiotique

Quand un antibiotique est indiqué, son choix est probabiliste en fonction du site de l'infection, des germes en cause possibles et de l'anamnèse médicamenteuse. Ce guide reprend les choix possibles suivant les preuves dans la littérature. En cas d'efficacité démontrée semblable, il propose une stratégie de choix reposant sur les critères suivants:

- a. spectre d'activité (le plus étroit possible);
- b. effets indésirables;
- c. résistance locale connue;
- d. observance de traitement probable;
- e. coût.

Choisis d'une molécule plutôt qu'à celui d'une classe thérapeutique. Le choix est également fait de réserver, autant que possible, certaines molécules pour les traitements de deuxième ligne.

4. Allergie à la pénicilline

Une allergie à la pénicilline peut se manifester sous différentes formes cliniques. Des réactions immédiates, IgE médiées (type I), peuvent survenir sous forme de réaction anaphylactique chez 0,004 à 0,015% des sujets exposés à la pénicilline, plus fréquemment chez des adultes âgés de 20 à 49 ans. Cette réaction anaphylactique se présentera sous différentes formes associées ou non: érythème, prurit, angioedème, urticaire, bronchospasme, œdème laryngé, hyperpéristaltisme, hypotension, arythmies cardiaques (JAMA 2002; 285: 2498-505).

Les réactions tardives, non IgE médiées (type II, III ou IV), sont une maladie de type sérique, une anémie hémolytique, une thrombopénie ou des réactions idiopathiques (rash maculopapulaire ou morbilliforme).

Pour les allergies de type I, une allergie croisée entre pénicilline et autres bêta-lactames est possible et l'administration de toute bêta-lactame peut comporter un risque. Quand le premier choix pour un antibiotique est une pénicilline, nous reprenons dans la fiche correspondante l'alternative en cas d'allergie documentée de type I. Une allergie croisée entre céphalosporines et pénicilline de l'ordre de 5 à 10% est rapportée et les céphalosporines ne seront donc pas recommandées en cas d'allergie de type I.

5. Un germe à cibler: le pneumocoque

L'indication de prescription d'un antibiotique la plus fréquente en pratique ambulatoire est une infection des voies respiratoires au sens large. La majorité de ces infections sont d'origine virale et elles sont aussi, qu'elles soient virales ou non, à évolution généralement spontanément favorable.

Le pneumocoque est la bactérie la plus fréquente dans les infections respiratoires bactériennes extra-hospitalières. Malgré l'évolution favorable de la majorité de ces infections, le pneumocoque peut parfois entraîner des infections invasives (telles que septicémie, pneumonie, méningite). En cas d'indication d'antibiothérapie pour une infection respiratoire, le pari bactérien visera donc en premier lieu le pneumocoque. *La majorité des pneumocoques sont, en Belgique, toujours très sensibles à la pénicilline.*

En Belgique, une sensibilité diminuée du pneumocoque à la pénicilline (résistance intermédiaire) est observée pour 10,9% des souches. Dans ce cas, le fait d'augmenter la dose de bêta-lactame permettra de détruire le pneumocoque.

Il n'existe que 0,7% de souches complètement résistantes à la pénicilline (et donc aussi à l'amoxicilline). Certaines quinolones seront encore actives dans ce cas, à savoir la moxifloxacine et, dans une moindre mesure, la lévofloxacine. Il est pourtant capital de n'utiliser ces molécules qu'avec parcimonie pour éviter l'apparition de résistances.

La résistance du pneumocoque à la pénicilline est de nature intrinsèque (modification des Penicillin Binding Proteins) et n'est pas liée à la sécrétion d'une bêta-lactamase. Pour les pneumocoques totalement résistants à la pénicilline, l'ajout d'acide clavulanique n'apportera donc aucune efficacité supplémentaire.

Le pneumocoque présentant un taux de résistance important aux macrolides (35%) et aux tétracyclines (29%), ces molécules ne sont donc pas appropriées.

Dans le cadre d'une politique de bonne gestion de la prescription antibiotique, le premier choix d'antibiotique dans une infection respiratoire nécessitant une telle prescription sera l'amoxicilline à dose adéquate étant donné qu'elle est efficace

dans >99% des infections à pneumocoque. En cas d'allergie à la pénicilline de type I, l'alternative proposée sera une quinolone active sur le pneumocoque, de préférence la moxifloxacin qui est plus active que la lévofloxacin sur ce germe.

6. Résistance des germes et population ciblée:
l'exemple des infections urinaires

Il n'est pas habituel, en pratique ambulatoire, de pratiquer systématiquement une culture urinaire avec antibiogramme dans les infections urinaires les plus fréquentes, celles de la femme jeune non enceinte. La recherche de nitrites et de globules blancs en sumombre est, par ailleurs recommandée. Une culture urinaire est généralement réservée aux cas d'infections urinaires compliquées ou évoluant mal sous traitement. Le profil de résistance des germes que donnera le relevé des prélèvements effectués ne sera donc pas le reflet exact de la situation réelle en pratique ambulatoire. Certaines études pratiquant un prélèvement systématique en cas de toute infection urinaire ont montré une telle différence. Cette observation est à garder en mémoire pour interpréter correctement des données de résistance de germes fournies dans certaines études de population (pré)sélectionnées, particulièrement des études visant à montrer une supériorité d'efficacité des quinolones.

Pour les infections urinaires non compliquées, le choix de traitement (antibiotique ou antiseptique) se fera donc dans ce guide en fonction des données (de résistance des germes) en pratique ambulatoire, sur une population non sélectionnée.

De manière générale, ce guide est conçu pour la pratique ambulatoire avec son épidémiologie microbienne spécifique et non pour des populations en séjour ou après séjour hospitalier.

METHODOLOGIE

1. Recherche dans la littérature scientifique

Clinical evidence et Cochrane library (via CEBAM)

Guidelines (entre autre via Sumsearch, Farmaka et GIN)

Guidelines belges

WWH	http://www.wvh.be
Bapcoc – SSMG – Domus Medica	http://www.health.fgov.be/antibiotics

Associations étrangères

ANAES (France)	http://www.anaes.fr
Clinical Practice Guidelines (Canada)	http://gacguidelines.ca/index.pl
NHG standaarden (Pays-Bas)	http://www.artsennet.nl
Nederlandse consensusstukken (Pays-Bas)	http://www.cbo.nl
Prodigy (Royaume Uni)	http://www.prodigy.nhs.uk
NICE (Royaume Uni)	http://www.nice.org.uk
SIGN (Royaume Uni)	http://www.sign.ac.uk
Agency for Healthcare research and Quality (Etats Unis)	http://www.ahrq.gov/query/query.htm
National Guideline Clearinghouse (Etats Unis)	http://guideline.gov
New Zealand Guidelines (Nouvelle Zélande)	http://www.nzgg.org.nz
National Prescribing Service (Australie)	http://www.nps.org.au

Consensus organisés par l'INAMI

Pubmed

Références dans les sources précitées

2. Rédaction de fiches par sujet

Pour chacun des sujets choisis une fiche de travail est rédigée par un chercheur. Elle comprend: définition, germes en cause, revue de la littérature, synthèse de la revue de la littérature et propositions pour le guide. Ces fiches sont ensuite retravaillées par le groupe de chercheurs. Des niveaux de preuve et de recommandation sont donnés dans la synthèse de la littérature et dans les propositions (US Agency for Health Care Policy and Research – voir p 11).

3. Consensus d'experts de la BAPCOOC

Les fiches rédigées sont soumises à un panel d'experts belges choisis par le bureau de la BAPCOOC (cliniciens spécialistes ou généralistes, infectiologues, microbiologistes et pédiatres) et discutées en séance.

En cas d'absence de preuve de haut niveau pour une recommandation, un consensus est trouvé en séance et des avis complémentaires sont également demandés.

4. Propositions soumises à des experts externes

Un résumé de chaque fiche (synthèse de la recherche dans la littérature, propositions pour le guide avec niveau de preuve et de recommandation) est largement soumis à d'autres experts belges, dont des représentants des centres universitaires de médecine générale et des sociétés scientifiques.

5. Consensus final d'experts de la BAPCOOC

Les fiches ont été, finalement, retravaillées en fonction des remarques et des suggestions des experts externes, et la version finale a été validée par le comité d'accompagnement.

Niveaux de preuve (AHCPR)

la	Evidence obtained from meta-analysis of randomised controlled trials
lb	Evidence obtained from at least one randomised controlled trial
lla	Evidence obtained from at least one well-designed controlled study without randomisation
llb	Evidence obtained from at least one other type of well-designed quasi-experimental study
lll	Evidence obtained from well-designed non-experimental descriptive studies, such as comparative studies, correlation studies and case control studies
IV	Evidence obtained from expert committee reports or opinions and/or clinical experiences of respected authorities

Niveaux de recommandation (AHCPR)

A (la en lb)	At least one randomised controlled trial as part of the body of literature of overall good quality and consistency addressing specific recommendation
B (lla, llb, lll)	Availability of well conducted clinical studies but no randomised clinical trials on the topic of recommendation
C (IV)	Evidence obtained from expert committee reports or opinions and/or clinical experiences of respected authorities. Indicates absence of directly applicable clinical studies of good quality.

Remarque: Plusieurs recommandations figurant dans ce guide ne sont gratifiées que d'un grade C. La raison principale en est le peu d'études scientifiques concernant le sujet. Les études comparant antibiotique et placebo sont – souvent pour des raisons éthiques – très rares. Les études disponibles sont souvent des études d'équivalence, montrant une efficacité égale d'une nouvelle molécule et d'une autre plus ancienne, dans une indication précise. Le fait que le grade soit de niveau C ne signifie cependant pas que cette recommandation n'est pas étayée. Le choix d'un antibiotique est toujours basé sur la connaissance des germes les plus fréquents incriminés dans la pathologie et sur le profil de résistance de ceux-ci dans le contexte belge. Date de la recherche dans la littérature: fin juin 2005.

Mal de gorge aigu

Indications et remarques

Les antibiotiques ne sont en général pas indiqués pour un mal de gorge (level I, grade A), sauf en cas de:

- 1) Patients à risque, soit les patients cancéreux, patients avec antécédents de rhumatisme articulaire, avec une résistance générale altérée, en cas d'épidémie à streptocoque dans une communauté fermée.
- 2) Patients fort malades, soit infection de la gorge avec état général fort altéré, mal de gorge très aigu et troubles de la déglutition, et limitation des activités de la vie quotidienne.

En cas de récurrences fréquentes (≥ 5 par an, 2 ans de suite) une tonsillectomie est recommandée.

Choix de l'antibiotique

En première intention: (level IV, grade C)

- phénoxyméthylpénicilline

Adulte: 3 000 000 UI par jour en 3 prises pendant 7j

Enfant: 50 000 UI/kg par jour en 3 à 4 prises pendant 7j (en préparation magistrale – voir p 14)

- clomécilline

Adulte: 2 ou 3 x 500 mg par jour pendant 7j

En cas d'allergie à la pénicilline non IgE médiée: (level IV, grade C)

- céfadroxil

Adulte: 1-4 g/j en 2 à 3 prises pendant 7j

Enfant: 30 mg/kg/j en 2 à 3 prises pendant 7j

- céfalexine

Adulte: 1-4 g/j en 3 à 4 prises pendant 7j

Enfant: 25-50 mg/kg/j en 3 à 4 prises pendant 7j

- céfatrizine

Adulte: 1-1,5 g/j en 2 à 3 prises pendant 7j

Enfant: 20-40 mg/kg/j en 2 à 3 prises pendant 7j

En cas d'allergie à la pénicilline de type I: (level IV, grade C)

- clarithromycine

Adulte: 500-1000 mg/j en 2 prises pendant 7j

Enfant: 15 mg/kg/j en 2 prises pendant 7j

- azithromycine

Adulte: 1 x 500 mg par jour pendant 3j

Enfant: 10 mg/kg/j le premier jour, ensuite 5 mg/kg/j pendant 4j

- roxithromycine

Adulte: 2 x 150 mg par jour pendant 7j

Enfant: 6 mg/kg/j en 2 prises pendant 7j

Addendum: préparation magistrale à base de phénoxyéthylpénicilline**R/ (adultes)**

Phénoxyéthylpénicilline potassique 21 millions UI (= 13,125 g)
Arôme de framboise 100 mg
Sacharinate sodique 10 mg
Aqua conservans 50 ml
Solution de sorbitol (70%) non cristallisable ad 105 ml
S/ 3 x 5 cc par jour

R/ (enfants)

Phénoxyéthylpénicilline potassique 5 millions UI (= 3,125 g)
Arôme de vanille/orange 100 mg
Sacharinate sodique 10 mg
Aqua conservans 50 ml
Solution de sorbitol (70%) non cristallisable ad 100 ml
Carbopol 934P 500 mg
S/ 1 cc/kg/j en 3 à 4 prises

REFERENCES

1. Dagnelie CF, Zwart S, Balder FA, Romeijnders ACM, Geijer RMM. Acute keel-
pijn. Huisarts Wet 1999; 42
2. BAPCOOC (De Meyere M, Matthijs J) Le mal de gorge aigu: recommandations
pour le bon usage des antibiotiques (www.health.fgov.be/antibiotics)
3. De Meyere M. Acute keelpijn in de eerste lijn. Proefschrift Universiteit Gent,
1990; 19-45
4. Dagnelie C. Bacterial flore in patients presenting with sore throat in Dutch
general practice. Family Practice 1993; 10: 371-7
5. Del Mar CB, Glaziou PP. Antibiotics for the symptoms and complications of
sore throat. The Cochrane Library, Issue 1, 2005
6. Rosser WW, Pennie RA, Pilla NJ, and the anti-infective Review Pannel. Anti-
infective guidelines for community acquired infections. MUMS Guideline
clearinghouse, 2005
7. Del Mar CB. Sore throat in Clinical Evidence
8. Prodigy Guidance – Sinusitis. ([www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=sore
throat – acute](http://www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=sore%20throat%20-%20acute)) (geraadpleegd op 12-3 2005)
9. Usage rationnel des antibiotiques dans les infections aiguës des voies respi-
ratoires en première ligne. Folia Pharmacotherapeutica, octobre 2004 ([www.
bcfi.be](http://www.bcfi.be))

Otite moyenne aiguë

Indications et remarques

En cas d'otite moyenne aiguë un antibiotique n'est en général pas indiqué (level I, grade A), sauf en cas de:

- 1) Enfants âgés de moins de 6 mois lors du diagnostic.
- 2) Enfants âgés de 6 mois à 2 ans avec état général fort altéré (complications à rechercher – voir plus loin) ou en cas d'évolution non favorable (absence d'amélioration après 2 jours et diagnostic confirmé lors d'un examen clinique).
- 3) Enfants âgés de plus de 2 ans: en cas d'absence d'amélioration après 3 jours; en cas de récurrence dans les 12 mois; en cas d'état général fort altéré (complications à rechercher – voir plus loin).
- 4) Patients à risque – syndrome de Down, fente palatine, résistance générale amoindrie.
- 5) Otorrhée ne disparaissant pas spontanément dans les deux semaines.

En cas de **signes de complications** tels que gonflement rétro auriculaire, nuque rigide ou altération de la conscience, le patient doit être référé d'urgence.

Choix de l'antibiotique

En première intention: (level IV, grade C)

- amoxicilline

75-100 mg/kg/j en 3 à 4 prises pendant 5-7j

En cas d'allergie à la pénicilline non IgE médiée: (level IV, grade C)

- céfuroxime axétil

30-50 mg/kg/j en 3 prises pendant 5-7j

En cas d'allergie à la pénicilline de type I: (level IV, grade C)

- co-trimoxazole

âge de 1-5 ans: 40 mg/kg/j sulfaméthoxazole + 8 mg/kg/j triméthoprime en 2 prises pendant 5-7j

- azithromycine

10 mg/kg/j le premier jour, ensuite 5 mg/kg/j pendant 4j

- clarithromycine

15 mg/kg/j en 2 prises pendant 5-7j

- roxythromycine

6 mg/kg/j en 2 prises pendant 5-7j

Remarque: Les macrolides et le co-trimoxazole ne sont pas des alternatives idéales, une résistance importante du pneumocoque étant observée, de 35% et 25% respectivement. En plus, un risque d'effets indésirables sévères existe. En cas d'allergie à la pénicilline IgE médiée chez un enfant avec un état général fort altéré ou en absence de réponse au traitement, une hospitalisation pour traitement intraveineux est préférable.

En cas d'absence d'amélioration dans les 3 jours:

La moitié de la dose d'**amoxicilline** est remplacée par de l'**amoxicilline clavulanate**:

37,5 -50 mg/kg/j amoxicilline + 37,5-50 mg/kg/j amoxicilline clavulanate

REFERENCES

1. BAPCOC (Chevalier P) L'otite moyenne aigue: recommandations pour le bon usage des antibiotiques (<http://www.health.fgov.be/antibiotics>)
2. Appelman CLM, van Balen FAM, van de Lisdonk EH, van Weert HCPM, Eizenga WH. NHG-standaard Otitis Media Acuta. Huisarts Wet (herziening)
3. Damoiseaux RA, van Balen F, Hoes A, Verhij T, De Melker R. Primary care based randomised, double blind trial of amoxicillin versus placebo for acute otitis media in children aged under 2 years. *BMJ* 2000; 320: 350-4
4. Glasziou PP, Del Mar CB, Sanders SL, Hayem M. Antibiotics for acute otitis media in children. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, issue 4
5. Rosser WW, Pennie RA, Pilla NJ, and the anti-infective Review Panel. Anti-infective guidelines for community acquired infections. MUMS Guideline clearinghouse; 2005
6. O'Neill P, Roberts T. Acute Otitis Media in Clinical Evidence
7. Prodigy Guidance – Acute otitis media. ([www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=sore throat – acute](http://www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=sore%20throat%20-%20acute)) (geraadpleegd op 12-3-2005)
8. Usage rationnel des antibiotiques dans les infections aiguës des voies respiratoires en première ligne. *Folia Pharmacotherapeutica*, octobre 2004 (www.bcfi.be)
9. American Academy of Pediatrics. American Academy of Family Physicians. Subcommittee on management of acute otitis media. Diagnosis and management of acute otitis media. Clinical Practice Guideline (www.aafp.org/x26481.xlm) (geraadpleegd op 12-3-2005)
10. Diagnosis and management of childhood otitis media in primary care. (www.show.scot.nhs.uk/sign/guidelines/fulltext/66/index.html) (geraadpleegd op 12-3-2005)
11. Foote S et al. Acute otitis media. New Zealand Guidelines Group. (www.nzgg.org.nz/guidelines/0034/AcuteOtitisMedia.pdf) (geraadpleegd op 12-3-2005)

Rhinosinusite aiguë

Indications et remarques

En cas de rhinosinusite aiguë, les antibiotiques ne sont en général pas indiqués (level I, grade A), sauf chez les patients présentant une rhinosinusite sévère (douleur importante, fièvre, état général fort altéré).

Un traitement antibiotique peut également être envisagé chez les patients présentant une rhinosinusite légère à modérée, si leurs plaintes ne se sont pas améliorées 7 à 10 jours (14 jours pour les enfants) après le début du traitement symptomatique. Il faut souligner que, même pour ce groupe de patients, l'efficacité de l'antibiotique est limitée et qu'il est préférable d'encore attendre l'amélioration spontanée.

Un patient présentant des signes de complications (rougeur et gonflement du visage, symptômes visuels, orbitaux, méningés ou cérébraux) doivent être immédiatement référés.

Choix de l'antibiotique

En première intention: (level IV, grade C)

- amoxicilline

Adulte: 3 x 1 g par jour pendant 5-7j

Enfant: 75-100 mg/kg/j en 3 à 4 prises pendant 5-7j

En cas d'allergie à la pénicilline non IgE médiée: (level IV, grade C)

- céfuroxime axétil

Adulte: 3 x 500 mg par jour pendant 5-7j

Enfant: 30-50 mg/kg/j en 3 prises pendant 5-7j

En cas d'allergie à la pénicilline de type I: (level IV, grade C)

Adulte:

- moxifloxacine

1 x 400 mg par jour pendant 5-7j

Enfant:

- co-trimoxazole

âge de 1-5 ans: 40 mg/kg/j sulfaméthoxazole + 8 mg/kg/j triméthoprime en 2 prises pendant 5-7j

- azithromycine

10 mg/kg/j le premier jour, ensuite 5 mg/kg/j pendant 4j

- clarithromycine

15 mg/kg/j en 2 prises pendant 5-7j

- roxythromycine

6 mg/kg/j en 2 prises pendant 5-7j

Remarque: Les macrolides et le co-trimoxazole ne sont pas des alternatives idéales, une résistance importante du pneumocoque étant observée, de 35% et 25% respectivement. En plus, un risque d'effets indésirables sévères existe. En cas d'allergie à la pénicilline IgE médiée chez un enfant avec un état général fort altéré ou en absence de réponse au traitement, une hospitalisation pour traitement intraveineux est préférable.

En cas d'absence d'amélioration après 2 jours:

Remplacer partiellement **amoxicilline** par l'**amoxicilline clavulanate**:

Adulte: 3 x 875/125 mg amoxicilline clavulanate

Enfant: 37,5-50 mg/kg/j amoxicilline + 37,5-50 mg/kg/j amoxicilline clavulanate

REFERENCES

1. BAPCOC (De Sutter A, Gordts F, Van Lierde S) Rhinosinusite aiguë: recommandations pour le bon usage des antibiotiques (<http://www.health.fgov.be/antibiotics>)
2. De Sutter A. Acute infections of nose and sinuses. A diagnostic and therapeutic approach [dissertation University Ghent 2005 p11-12, p128]
3. Lindbaek M, Hjortdahl P, Johnsen UL-H. Randomised, double blind, placebo controlled trial of penicillin V and amoxycillin in treatment of acute sinus infections in adults. *BMJ* 1996; 313: 325-9
4. Gananca M, Trabulsi Lr. The therapeutic effects of cyclacillin in acute sinusitis in vitro and in vivo correlations in a placebo-controlled study. *Curr Med Res Op* 1973; 1: 362-368
5. Hansen JG, Schmidt H, Grinsted P. Randomised, double blind, placebo controlled trial of penicillin V in the treatment of acute maxillary sinusitis in adults in general practice. *Scand J Prim Health Care* 2000; 18: 44-47
6. Kaiser L, Lew D, Hirschel B, Auckenthaler R, Morabia A, Heald A et al. Effects of antibiotic treatment in the subset of common-cold patients who have bacteria in nasopharyngeal secretions. *Lancet* 1996; 347: 1507-10
7. Kaiser L, Morabia A, Stalder H, Ricchetti A, Auckenthaler R, Terrier F, Hirschel B, Khaw N, Lacroix J.-S., Lex D. Role of nasopharyngeal culture in antibiotic prescription for patients with common cold or acute sinusitis. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2001; 20: 445-51
8. Wald ER, Chinopis D, Ledesma-Medina J. Comparative effectiveness of amoxicillin and amoxicillin-clavulanate potassium in acute paranasal sinus infections in children: a double blind, placebo-controlled trial. *Pediatrics* 1986; 77: 795-800
9. Morris P, Leach A. Antibiotics for persistent nasal discharge (rhinosinusitis) in children (Cochrane Review) *The Cochrane Library*, Issue 1, 2005
10. Scheid DC, Hamm RM. Acute bacterial rhinosinusitis in adults. Part I. Evaluation. *Am Fam Phys* 2004; 70: 168-92
11. Hickner JM, Bartlett JG, Besser RE, Gonzales R, Hoffman JR, Sande MA. Principle of appropriate antibiotic use for acute rhinosinusitis in adults: background. *Ann Int Med* 2001; 134: 498-505
12. Rosser WW, Pennie RA, Pilla NJ, and the anti-infective Review Panel. Anti-infective guidelines for community acquired infections. *MUMS Guideline clearinghouse*; 2005
13. Concept NHG-standaard Rhinosinusitis 2005 (nog in ontwikkeling)
14. Kim Ah-See. Sinusitis (Acute) in *Clinical Evidence*
15. Prodigy Guidance – Sinusitis. (<http://www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=Sinusitis>) (geraadpleegd op 12-3 2005)
16. Usage rationnel des antibiotiques dans les infections aiguës des voies respiratoires en première ligne. *Folia Pharmacotherapeutica*, octobre 2004 (www.bcfi.be)

Epiglottite aiguë

Une épiglottite est une urgence médicale nécessitant une hospitalisation immédiate, l'évolution pouvant requérir une intubation ou une trachéostomie vitale. **Aucun traitement initial ne doit être fait en ambulatoire** (level IV, grade C).
A l'hôpital, un traitement antibiotique intraveineux sera initié dès que possible.

REFERENCES

1. Sack JM, Brock CD. Identifying acute epiglottitis in adults. *Postgraduate Medicine* 2002; 112: 81-6
2. McEwan J, Giridharan W, Clarke RW, Shears P. Paediatric acute epiglottitis: not a disappearing entity. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2003; 67: 317-21
3. Tanner K, Fitzsimmons G, Carrol ED, Flood TJ, Clark JE. Lesson of the week: *Haemophilus influenzae* type b epiglottitis as a cause of acute upper airways obstruction in children. *BMJ* 2002; 325: 1099-100

Laryngite striduleuse

La laryngite striduleuse est une affection virale. **Il n'y a aucune indication d'un traitement antibiotique** (level IV, grade C).

REFERENCES

1. Knutson D, Aring A. Viral croup. Am Fam Phys 2004; 69: 535-40
2. Wyatt Johnson D. Croup. Clinical Evidence

Infections aiguës des voies respiratoires inférieures chez l'enfant

Indications et remarques

Pour le traitement des enfants présentant une infection des voies respiratoires inférieures, les distinctions suivantes peuvent être faites:

- 1) Enfants présentant une bronchite aiguë: pas d'indication d'un antibiotique, traitement symptomatique uniquement (level IV, grade C).
- 2) Enfants présentant une pneumonie acquise en communauté (CAP) et sans risque augmenté ni tableau clinique sévère: traitement au domicile avec un antibiotique (level IV, grade C).
- 3) Enfants présentant un risque augmenté ou un tableau clinique sévère (voir tableau ci-dessous): hospitalisation immédiate (level IV, grade C).

Enfants présentant un risque augmenté:

Pathologie pré-existante sérieuse (maladies respiratoires chroniques, mucoviscidose, déficience immunitaire, retard psychomoteur, troubles métaboliques, cancer, hypertension pulmonaire suite à une malformation cardiaque congénitale)
Moins de 3 mois
Moins de 1 an et demande alimentaire réduite à moins de la moitié de la quantité habituelle
Ingestion de liquide insuffisante et vomissements
Signes d'épuisement (essoufflement, hypotonie)
Nourrissons avec une fréquence respiratoire > 70/min
Enfants avec une fréquence respiratoire > 50/min
Contexte social ne pouvant garantir des soins suffisants
Saturation en O ₂ inférieure ou égale à 92%

Choix de l'antibiotique

Un traitement antibiotique n'est recommandé que pour les enfants présentant une pneumonie acquise en communauté (CAP) sans augmentation de risque et sans tableau clinique sévère (level IV, grade C).

En cas d'allergie à la pénicilline IgE médiée, l'enfant doit être hospitalisé pour y recevoir un traitement intraveineux (level IV, grade C).

En première intention: (level IV, grade C)

- amoxicilline

75-100 mg/kg/j en 3 à 4 prises pendant 5-7j

Pour les enfants âgés de plus de 5 ans, en bon état général et présentant un infiltrat interstitiel net à la RX thorax (forte probabilité de pneumonie atypique):

- azithromycine

10 mg/kg/j le premier jour, ensuite 5 mg/kg/j pendant 4j

- clarithromycine

15 mg/kg/j en 2 prises pendant 5-7j

- roxithromycine

6 mg/kg/j en 2 prises pendant 5-7j

En cas d'allergie à la pénicilline non IgE médiée: (level IV, grade C)

- céfuroxime axétil

30-50 mg/kg/j en 3 prises pendant 5-7j

En absence d'amélioration dans les 48 heures (en cas de traitement à l'amoxicilline) et en absence de signes d'épanchement pleural à l'auscultation et à la RX thorax: (level IV, grade C)

Ajouter un **néo-macrolide** (azithromycine, clarithromycine ou roxithromycine) à **l'amoxicilline**.

REFERENCES

1. BAPCOOC (De Baets F) Infections aiguës des voies respiratoires inférieures chez l'enfant: recommandations pour le bon usage des antibiotiques (en cours d'élaboration).
2. British Thoracic Society. (<http://www.brit-thoracic.org.uk/c2/uploads/paediatriccap.pdf>) (geraadpleegd 14-5-2005)
3. Rosser WW, Pennie RA, Pilla NJ, and the anti-infective Review Panel. Anti-infective guidelines for community acquired infections. MUMS Guideline clearinghouse; 2005
4. Usage rationnel des antibiotiques dans les infections aiguës des voies respiratoires en première ligne. Folia Pharmacotherapeutica, octobre 2004 (www.bcfi.be)
5. McIntosh K. Community-acquired pneumonia in children. N Engl J Med 2002; 346: 429-37
6. Ostapchuk M, Roberts DM, Haddy R. Community-acquired pneumonia in infants and children. Am Fam Phys 2004; 70:899-908

Infections aiguës des voies respiratoires inférieures chez l'adulte

Indications et remarques

Pour le traitement des infections des voies respiratoires inférieures chez l'adulte, les distinctions suivantes peuvent être faites:

- 1) Patients présentant une bronchite aiguë: un antibiotique n'est pas indiqué, traitement symptomatique uniquement (level I, grade A).
- 2) Patients présentant une pneumonie acquise en communauté (CAP) et ayant un risque léthal faible: traitement antibiotique au domicile (level IV, grade C).
- 3) Patients avec un tableau clinique sévère et un risque léthal élevé: hospitalisation immédiate (level IV, grade C).

Arguments contre un traitement ambulatoire (arguments principaux en gras):

Symptômes de maladie sévère: fréquence respiratoire > 30/min; pression artérielle < 90/60 mmHg; température > 40° C ou < 35°C; modification de l'état mental; cyanose; pulsations > 125/min

Co-morbidité: BPCO; diabète; maladie rénale; maladie hépatique; maladie neurologique; insuffisance cardiaque; cancer

Circonstances aggravantes: âge > 65 ans; hospitalisation préalable pour pneumonie; traitement antibiotique récent; éléments sociaux défavorables; invalidité; adhérence thérapeutique attendue faible; vomissements sévères

Choix de l'antibiotique

Un traitement ambulatoire n'est recommandé que chez les patients présentant une pneumonie acquise dans la communauté (CAP) et un risque léthal faible (level IV, grade C).

En première intention: (level IV, grade C)

Sans co-morbidité:

- **amoxicilline**

3 x 1 g par jour pendant 8j

Avec co-morbidité:

- **amoxicilline clavulanate**

3 x 875/125 mg par jour pendant 8j

En cas d'allergie à la pénicilline non IgE médiée: (level IV, grade C)

- **céfuroxime axétil**

3 x 500 mg par jour pendant 8j

En cas d'allergie à la pénicilline de type I: (level IV, grade C)**- moxifloxacin**

1 x 400 mg par jour pendant 8j

En cas d'absence d'amélioration dans les 48 heures: (level IV, grade C)

Envisager la possibilité d'une pneumonie atypique.

*En cas de tableau clinique sévère, **hospitaliser.***

Si la situation clinique permet un maintien au domicile, ajouter un néo-macrolide au traitement et réévaluer après 48 heures. En absence d'amélioration après ce nouveau délai, hospitaliser.

- azithromycine

1 x 500 mg par jour pendant 3j

- clarithromycine

2 x 500 mg par jour pendant 8j

- roxithromycine

2 x 150 mg par jour pendant 8j

REFERENCES

1. BAPCOC (Art B, Coenen S, De Meyere M) Infections aiguës des voies respiratoires inférieures chez l'adulte: recommandations pour le bon usage des antibiotiques (en cours d'élaboration)
2. Prodigy Guidance – chest infections. (www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=chest%20infections)
3. BAPCOC (Elinck K) Exacerbation aiguë de BPCO: recommandations pour le bon usage des antibiotiques (en cours d'élaboration)
4. Geijer RMM, van Schayck CP, van Weel C, Sachs A, Bottema BJAM, Smelee IJM, Thiadens HA, van Hensbergen W, Rosmalen CFH. Standaard COPD: Behandeling. Mei 2001 (nhg.artsennet.nl/upload/104/standaarden/M27a/start.htm) (geraadpleegd 29-3-2005)
5. Hopstaken RM, Muris JWM, Knottnerus JA, Kester ADM, Rinkens PELM, Dinant GJ. Contributions of symptoms, signs, erythrocyte sedimentation rate and C-reactive protein to a diagnosis of pneumonia in acute lower respiratory tract infection. *Br J Gen Pract* 2003; 53: 358-64
6. British Thoracic Society. Pneumonia Guideline Committee. *Thorax* 2001; 56 (suppl IV) (www.brit-thoracic.org.uk/c2/uploads/MACAP2001gline.pdf) en (www.brit-thoracic.org.uk/c2/uploads/MACAPprevisedApr04.pdf) (geraadpleegd 14-5-2005)
7. Rosser WW, Pennie RA, Pilla NJ, and the anti-infective Review Panel. Anti-infective guidelines for community acquired infections. MUMS Guideline clearinghouse; 2005
8. Community management of lower respiratory tract infection in adults. (www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/59/index.html) (geraadpleegd op 14-5-2005)
9. Loeb M. Community acquired pneumonia. *Clinical Evidence*
10. Wark PA. Bronchitis (acute). *Clinical Evidence*
11. Usage rationnel des antibiotiques dans les infections aiguës des voies respiratoires en première ligne. *Folia Pharmacotherapeutica*, octobre 2004 (www.bcfi.be)

Exacerbation aiguë de bronchopneumopathie chronique obstructive

Indications et remarques

En cas d'exacerbation aiguë de bronchopneumopathie chronique obstructive, un antibiotique n'est en général pas indiqué (level I, grade A), sauf en cas de:

- 1) Patient fort malade: fièvre > 38,5°C.
- 2) Fonction pulmonaire connue comme fort altérée: VEMs <30% des valeurs prédictives.
- 3) Détérioration de l'état du patient malgré un traitement non-antibiotique maximal.
- 4) Absence d'amélioration après 3 jours malgré un traitement non-antibiotique maximal pour une exacerbation sévère (e.a. dyspnée au repos et/ou fréquence respiratoire > 25/min et/ou pulsations > 110/min et/ou recrutement des muscles respiratoires accessoires et/ou aggravation de la cyanose).
- 5) Absence d'amélioration après 4 jours malgré un traitement non-antibiotique maximal pour une exacerbation non sévère (absence de signes d'exacerbation sévère – voir ci-dessus)

Choix de l'antibiotique

En première intention: (level IV, grade C)

- **amoxicilline**

3 x 1 g par jour pendant 8j

En cas d'allergie à la pénicilline non IgE médiée: (level IV, grade C)

- **céfuroxime axétil**

3 x 500 mg par jour pendant 8j

En cas d'allergie à la pénicilline de type I: (level IV, grade C)

- **moxifloxacine**

1 x 400 mg par jour pendant 8j

En cas d'amélioration insuffisante dans les 48 heures avec l'amoxicilline: (level IV, grade C)

Remplacer **amoxicilline** par l'**amoxicilline clavulanate**.

3 x 875/125 mg par jour

REFERENCES

1. BAPCOC (Elinck K) Exacerbation aiguë de BPCO: voor goed gebruik van antibiotica (en cours d'élaboration)
2. Geijer RMM, van Schayck CP, van Weel C, Sachs A, Bottema BJAM, Smeele IJM, Thiadens HA, van Hensbergen W, Rosmalen CFH. Standaard COPD: Behandeling. Mei 2001 (nhg.artsennet.nl/upload/104/standaarden/M27a/start.htm)

3. Kerstjens HAM, Postma DS, ten Hacken N. Chronic obstructive pulmonary disease. Clinical Evidence
4. Staykova T, Black P, Chacko E, et al. Prophylactic antibiotic therapy for chronic bronchitis (cochrane Review). The cochrane Library, Issue 4, 2003
5. Rosser WW, Pennie RA, Pilla NJ, and the anti-infective Review Panel. Anti-infective guidelines for community acquired infections. MUMS Guideline clearinghouse; 2005
6. Prodigy Guidance – Chronic obstructive pulmonary disease. (www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=Acute_Exacerbation_Of_COPD)
7. Chronic obstructive pulmonary disease. Management of chronic pulmonary disease in adults in primary and secondary care. Developed by the National Collaborating Centre for Chronic Conditions (nice.org.uk/pdf/CG012_nice-guideline.pdf)
8. Guidelines on the management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) (www.brit-thoracic.org.uk/docs/COPDtext.pdf)
9. Usage rationnel des antibiotiques dans les infections aiguës des voies respiratoires en première ligne. Folia Pharmacotherapeutica, octobre 2004 (www.bcfi.be)

Influenza

Indications et remarques

Il existe deux indications possibles pour une thérapie antivirale:

- 1) Traitement d'une infection grippale symptomatique.
- 2) Prophylaxie chez les personnes en contact ayant un risque accru de morbidité sévère ou de mortalité en cas d'infection grippale.

Le recours à des inhibiteurs des neuraminidases n'est en général pas recommandé pour le traitement ou la prophylaxie de l'influenza en raison de l'insuffisance des preuves scientifiques actuelles quant à leur efficacité en termes réduction de la morbidité sévère et de la mortalité (level I, grade A).

Un traitement par inhibiteur des neuraminidases peut cependant être envisagé chez des patients qui, en cas d'infection grippale, courent un risque accru de morbidité sévère et de mortalité. En pratique ceci signifie qu'**un traitement avec un inhibiteur des neuraminidases peut être envisagé en cas de:** 1) patient présentant des symptômes de grippe et 2) survenue de ces symptômes dans le cadre d'un contexte épidémique de grippe par influenza A ou B et 3) patient appartenant à un groupe à risque et 4) traitement pouvant être initié dans les 48 heures de survenue des premiers symptômes.

Un traitement prophylactique avec de l'oseltamivir peut être envisagé

chez une personne entrée en contact avec un patient présentant une infection par influenza A ou B documentée par un examen virologique, si cette personne est 1) âgée de plus de 13 ans et 2) appartient à un groupe à risque et 3) n'est pas protégée adéquatement par une vaccination et 4) si le traitement est initié dans les 48 heures après le contact exposant au risque.

Patients à risque: 1) affections respiratoires chroniques (e.a. BPCO à partir du stade II, asthme); 2) affections cardiovasculaires; 3) affection rénale chronique; 4) résistance générale amoindrie; 5) diabète; 6) âge d'au moins 65 ans.

Choix du traitement antiviral

i) Traitement:

Le traitement doit être initié dans les 48 heures après le survenue des premiers symptômes.

- oseltamivir

1-17 ans: <15 kg dose de 2 x 30 mg; 15-23 kg dose de 2 x 45 mg; 23-40 kg dose de 2 x 60 mg; > 40 kg dose de 2 x 75 mg – chaque fois par jour et pendant 5j

à partir de l'âge de 18 ans: 2 x 75 mg par jour pendant 5j

- zanamivir

à partir de l'âge de 7 ans: 2 inhalations (= 2 x 5 mg) 2 fois par jour pendant 5j

ii) *Prophylaxie:*

- oseltamivir

1 x 75 mg par jour pendant 2 semaines (après un contact unique) ou jusqu'à une semaine après la fin d'un contexte épidémique local

REFERENCES

1. van Essen GA, Sorgedragger YCG, Salemink GW, Govaert ThME, van den Hoogen JPH, van der Laan JA. Influenza en Influenzavaccinatie. NHG Standaard M35 (december 1996) ([nhg.artsennet.nl.upload/104/standaarden/M35/start.htm](http://nhg.artsennet.nl/upload/104/standaarden/M35/start.htm))
2. National Institute for Clinical Excellence. Guidance on the use of zanamivir, oseltamivir and amantadine for the treatment of influenza. Issue date February 2003 (www.nice.org.uk)
3. National Institute for clinical Excellence. Guidance on the use of oseltamivir and amantadine in the prophylaxis of influenza. Issue date Septembre 2003 (www.nice.org.uk)
4. Prodigy guideline influenza (www.prodigy.nhs.guidance.asp?gt=Influenza#MI_treatment)
5. Rosser WW, Pennie RA, Pilla NJ, and the anti-infective Review Pannel. Anti-infective guidelines for community acquired infections. MUMS Guideline clearinghouse 2005
6. Hansen L. Influenza. In *Clinical Evidence*
7. Turner D, Wailoo A, Nicholson K, Cooper N, Sutton A, Abrams K. Systematic review and economic decision modelling for the prevention and treatment of influenza A and B. *Health Technology Assessment* 2003; 7: nr 35
8. Cooper NJ, Sutton AJ, Abrams KR, et al. Effectiveness of neuraminidase inhibitors in treatment and prevention of influenza A and B: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials. *BMJ* 2003; 326: 1235-41
9. Jefferson TP, Demichelli V, Deeks JJ, Rivetti D. Amantadine and rimantadine for preventing and treating influenza A in adults. *The Cochrane Library* 2005 (Issue 2)
10. Jefferson TP, Demicheli V, Deeks JJ, Rivetti D. Neuraminidase inhibitors for preventing and treating influenza in healthy adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 1999, Issue 2
11. Matheson NJ, Symmonds-Abrahams M, Sheikh A, Shepperd S, Harnden A. Neuraminidase inhibitors for preventing and treating influenza in children. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 3

Refroidissement

Un refroidissement est une affection virale pour laquelle un antibiotique n'est pas indiqué (level I, grade A).

Il n'existe pas de médicament antiviral disponible ayant montré une efficacité dans la prévention d'un refroidissement ou de ses complications, ou permettant une reprise plus précoce des activités de la vie quotidienne. Il n'existe donc aucune indication pour des médicaments antiviraux dans cette affection.

REFERENCES

1. Prodigy guidance – common cold (<http://prodiy.nhs.uk/guidance.asp?gt=common%20cold>)
2. National Guideline Clearinghouse (www.guideline.gov)
3. Arrol B, Kenealy T. Antibiotics for het common cold and acute purulent rhinitis. The cochrane database of systematic reviews 2002, Issue 4
4. Hayden FG, Herrington DT, Coats TL, Cooper EC, Villano SA, Siyu Liu, Hudson S, Pevear DC, Collet M, McKinlay M and the Pleconaril respiratory infection study group. CID 2003; 36: 1523-32
5. Hayden FG, Turner RB, Gwaltney JM, Chi-burris K, Gersten M, Poe Hsyu, Patick AK, Smith III GJ, Zalman LS. Phase II, randomised, double-blind, placebo-controlled studies of rupintrivir nasal spray 2-percent suspension for prevention and treatment of experimentally induced rhinovirus colds in healthy volunteers. Antimicrobial Agents and chemotherapy 2003; 47: 3907-3916
6. Hayden F, Hipskind J, Woerner DH, Eisen GF, Janssens M, Janssens PAJ, Andries K. Intranasal Pirodavir (R77,975) treatment of rhinovirus colds. Antimicrobial Agents and chemotherapy 1995; 39: 290-4

Pertussis (coqueluche)

Indications et remarques

En cas de coqueluche un traitement par antibiotique n'est en général pas indiqué, sauf pour une **prévention d'une extension de l'infection à des nourrissons non vaccinés** (level I, grade A). Un traitement est donc surtout important chez des personnes infectées pouvant entrer en contact avec des nourrissons non vaccinés ou pouvant contaminer des personnes en contact (présent ou futur) avec des nourrissons non vaccinés. Le traitement doit être initié dès que possible (endéans les trois semaines de l'infection). Après un traitement de 5 jours le *B. pertussis* est, dans la majorité des cas, éliminé des voies respiratoires du patient.

Il n'existe pas à l'heure actuelle de preuve formelle d'une efficacité d'un traitement prophylactique des personnes de contact dans la transmission ultérieure de l'infection. Il est cependant utile de vérifier le status vaccinal des personnes ayant un contact possible et de pratiquer éventuellement les rappels vaccinaux.

Les antibiotiques modifient très peu les symptômes de la coqueluche (level I, grade A).

Les nourrissons atteints de coqueluche doivent être hospitalisés.

Choix de l'antibiotique

En première intention: (level IV, grade C)

- azithromycine

Enfant: 10 mg/kg/j le premier jour (max 500 mg), ensuite 5mg/kg/j pendant 4j

Adulte: 1 x 500 mg par jour pendant 3j

- clarithromycine

Enfant: 20 mg/kg/j (max 1 g) en 2 prises pendant 7j

Adulte: 500-1000 mg/j en 2 prises pendant 7j

- roxithromycine

Enfant: 6 mg/kg/j en 2 prises pendant 7j

Adulte: 2 x 150 mg par jour pendant 7j

En deuxième intention:

- co-trimoxazole

Enfant: triméthoprime 8 mg/kg/j (max 320 mg) + sulfaméthoxazole 40 mg/kg/j (max 1600 mg) en 2 prises pendant 7j

Adulte: triméthoprime 320 mg + sulfaméthoxazole 1600 mg en 2 prises pendant 7j

REFERENCES

1. Hewlett EL, Edwards KM. Pertussis – not just for kids. *New Engl J Med* 2005; 352: 1215-22
2. Frydenberg A, Starr M. Pertussis – presentation, investigation and management. *Australian Family Physician* 2004; 33: 317-9
3. O'Reilly Brown M, Anna L. What are the indications for evaluating a patient with cough for pertussis. *Journal of Family Practice* 2005; 54: 74-5
4. Guidelines for the control of pertussis outbreaks. Atlanta: National Immunization Program, 2000. (<http://www.cdc.gov/nip/publications/pertussis/htm>)
5. Rosser WW, Pennie RA, Pilla NJ, and the anti-infective Review Pannel. Anti-infective guidelines for community acquired infections. MUMS Guideline clearinghouse, 2005
6. Altuniji S, Kukuruzovic R, Curtis N, Massie J. Antibiotics for whooping cough (pertussis). *The Cochrane Library Database of Systematic Reviews* 2005 Issue 1

Acné

Indications et remarques

Pour les personnes présentant principalement des papules et pustules, le traitement de 1er choix est le peroxyde de benzoyle. En cas d'hypersensibilité de la peau, des tétracyclines peuvent être envisagées. Si peu d'amélioration est notée avec le peroxyde de benzoyle, un traitement antibiotique oral peut être ajouté.

Pour les cas d'acné sévère, des dérivés de la vitamine A seront utilisés.

Les traitements doivent durer de 3 à 6 mois. Une efficacité du traitement doit être notée dans les 6 semaines.

Choix du produit

i) Principalement des comédons:

En première intention: (level Ia, grade A)

- **adapalène 0,1%**

1 à 2 applications par jour

En deuxième intention: (level Ia, grade A)

- **trétinoïne 0,025%**

1 à 2 applications par jour

ii) Principalement des papules et pustules:

En première intention: (level Ia, grade A)

- **peroxyde de benzoyle 2,5 ou 5%**

1 à 2 applications par jour

En cas d'hypersensibilité de la peau, des tétracyclines par voie orale peuvent être envisagées (level Ib, grade A).

- **doxycycline**

50-100 mg par jour

- **minocycline**

50-100 mg par jour

Si les résultats ne sont pas satisfaisants après 6 semaines avec le peroxyde de benzoyle, l'association avec un antibiotique local peut être conseillée (level Ia, grade A).

- **clindamycine 1%**

1 à 2 applications par jour

Si les traitements cités ci-dessus ne sont pas efficaces, l'isotrétinoïne trouve sa place (level IV, grade C).

Si l'acné papulo-pustuleuse présente également de nombreux comédons, un antibiotique local ou oral peut être associé à un rétinoïde local (level IV, grade C).

iii) Formes sévères d'acné:

En première intention: (level IV, grade C)

- isotrétinoïne

0,5 mg/kg/j pend 240 à 300j

iv) Chez les femmes qui désirent une contraception:

Un contraceptif qui contient du norgestimate pour l'acné légère à modérée.

Un contraceptif qui contient de l'acétate de cyprotérone pour l'acné sévère.

REFERENCES

1. Williams H, Bigby M, Diepgen T, Naldi L, Rzamy B. Evidence-based Dermatology. BMJ Books 2003; 87-110
2. Garner SE, Eady EA, Popescu C et al. Minocycline for acne vulgaris: efficacy and safety (Cochrane review) (www.update.software.com/abstracts/ab002086.htm)
3. Acne. Therapeutic Guidelines Limited (tg.com.au/etg_demo)
4. De Derken L, Dewachter J, Govaerts F et al. Acne. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering. Huisarts Nu 2001; 3-16
5. Ozolins M, Eady EA, Avery AJ et al. Comparison of five antimicrobial regimes for treatment of mild to moderate inflammatory facial acne vulgaris in the community: randomised controlled trial. Lancet 2004; 18/25: 2188-95
6. Arowojulu AO, Gallo MF, Grimes DA et al. Combined oral contraceptive pills for treatment of acne. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005 Issue 1 (gateway.ut.ovid.com/gw2/ovidweb.cgi)
7. CBIP. Répertoire commenté des médicaments 2005 (www.bcfi.be)
8. Traitement de l'acné par voie générale. Recommandations de bonne pratique - Méthodologie Afssaps 1999 (agmed.sante.gouv.fr/htm:5/rbp/5520c.htm)

Impétigo

Indications et remarques

Un traitement local est indiqué pour des lésions limitées (level Ia, grade A).

Un antibiotique par voie générale est indiqué pour des lésions étendues ou en cas d'échec au traitement local (level IV, grade C).

Choix de l'antibiotique

i) *Traitement local:*

En première intention: (level Ia, grade A)

L'acide fusidique sera préféré à la mupirocine afin de réserver celle-ci à l'éradication du MRSA en milieu hospitalier.

- **acide fusidique 2%**

3 à 4 applications par jour pendant 7j

- **mupirocine 2%**

3 applications par jour pendant 7j

ii) *Traitement oral:*

En première intention: (level IV, grade C)

- **cloxacilline**

Adulte: 1-2 g/j en 3 à 4 prises pendant 7j

Enfant: 50-100 mg/kg/j en 3 à 4 prises pendant 7j

- **flucloxacilline**

Adulte: 1-2 g/j en 3 à 4 prises pendant 7j

Enfant: 50-100 mg/kg/j en 3 à 4 prises pendant 7j

En cas d'allergie à la pénicilline de type I: (level IV, grade C)

- **clarithromycine**

Adulte: 500-1000 mg/j en 2 prises pendant 7j

Enfant: 15 mg/kg/j en 2 prises pendant 7j

- **azithromycine**

Adulte: 1 x 500 mg par jour pendant 3j

Enfant: 10 mg/kg/j le premier jour, ensuite 5 mg/kg/j pendant 4j

- **roxithromycine**

Adulte: 2 x 150 mg par jour pendant 7j

Enfant: 6 mg/kg/j en 2 prises pendant 7j

REFERENCES

1. Koning S, van Suijlekom-Smit LWA, van der Wouden JC. Impetigo in Evidence-based Dermatology, 431-5
2. Koning S, van der Wouden JC. Treatment for impetigo. *BMJ* 2004; 329: 695-6
3. George A, Rubin G. A systematic review and meta-analysis of treatments for impetigo. *British Journal of General Practice* 2003; 53: 480-7
4. Koning S, Verhagen AP, van Suijlekom LWA, Morris A et al. Interventions for impetigo. *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004: 12-30
5. Acide fusidique à usage local en cas d'impétigo. *Folia Pharmacotherapeutica*. Novembre 2002
6. Bénéfices et risques des antibiotiques et antiseptiques à usage dermatologique. *Folia Pharmacotherapeutica*. Novembre 1999
7. Brown EM, Wise R. Fusidic acid cream for impetigo: Fusidic acid should be used with restraint. *British Medical Journal* 2002; 324: 1394
8. Prodigy Guidance – Impetigo. (www.prodigy.nhs.uk)
9. Rosser WW, Pennie RA, Pilla NJ, and the anti-infective Review Panel. Anti-infective guidelines for community acquired infections. *MUMS Guideline clearinghouse* 2005

Cellulite et érysipèle

Indications et remarques

Un traitement antibiotique oral est toujours indiqué. En cas d'état général altéré, une hospitalisation est recommandée.

En cas de diagnostic d'érysipèle chez l'enfant, une hospitalisation est indiquée pour instaurer un traitement antibiotique intraveineux.

En cas de cellulite chez l'enfant, son état général déterminera la nécessité d'une hospitalisation.

Choix de l'antibiotique

En première intention: (level IV, grade C)

Vu la difficulté de faire une différence entre streptocoques et staphylocoques sur base de la clinique, les experts préfèrent la cloxacilline ou la flucloxacilline.

En cas de suspicion clinique d'infection à streptocoques, la pénicilline peut être utilisée. En cas d'amélioration insuffisante après 48 heures, un traitement par cloxacilline ou flucloxacilline sera initié.

- pénicilline

3 x 500 mg (0,8 million UI) par jour pendant 14j

- cloxacilline

Adulte: 4 x 500 mg par jour pendant 14j

Enfant: 50 mg/kg/j en 3 à 4 prises pendant 14j

- flucloxacilline

Adulte: 3 x 1g par jour pendant 2j, ensuite 3 x 500 mg pendant 12j

Enfant: 50-100 mg/kg/j en 3 à 4 prises pendant 14j

En cas d'allergie à la pénicilline de type I:

- clindamycine

Adulte: 4 x 300-450 mg par jour ou 3 x 600 mg par jour pendant 10 à 14j

Enfant: 25 mg/kg/j en 3 à 4 prises pendant 10 à 14j

REFERENCES

1. Morris A. Cellulitis and erysipelas. In Clinical Evidence issue 1
2. Swartz MN. Cellulitis. N Engl J Med 2004; 350 (9): 904-12
3. Bacteriële huidinfecties (nhg.artsennet.nl/upload/104/standaarden/M68/start.htm)
4. Conférence de consensus. Erysipèle et fasciite nécrosante: prise en charge. Méd Mal Infect 2000; 30 Suppl 4: 252-72
5. Rosser WW, Pennie RA, Pilla NJ, and the anti-infective Review Panel. Anti-infective guidelines for community acquired infections. MUMS Guideline clearinghouse 2005

Les morsures

Indications et remarques

Les traitements proposés se limitent aux morsures de chat, de chien ou aux morsures humaines.

En prophylaxie, les morsures au niveau de la main (level Ia, grade A), les morsures humaines (level Ib, grade A) et les morsures de chat (level IV, grade C) devraient être traitées par antibiotique par voie générale.

Toute plaie infectée suite à une morsure devrait être traitée par antibiotique par voie générale (level IV, grade C).

Indications élargies: morsure fine et profonde, présence d'oedème, atteinte d'une articulation ou d'un os possible (dans ce cas le traitement sera plus long), plaie suturée au niveau du visage, atteinte des parties génitales, les plaies de plus de 8 heures lors de leur prise en charge (level IV, grade C).

Choix de l'antibiotique

En première intention: (level IV, grade C)

- amoxicilline clavulanate

Adulte: 3 x 500/125 mg par jour pendant 7-14j

Enfant: 30/7,5 mg/kg/j en 3 prises pendant 7-14j

En cas d'allergie à la pénicilline de type I:

i) Morsure de chien ou chat: (level IV, grade C)

- doxycycline associée ou non au métronidazole

doxycycline: 2 x 100 mg le premier jour, ensuite 1 x 100 mg par jour pendant 6-13j

métronidazole: 2 x 500 mg par jour pendant 7-14j (enfant: 20-30 mg/kg/j en 3 prises pendant 7-14j)

ii) Morsure humaine: (level IV, grade C)

- érythromycine associée au métronidazole

érythromycine: 3 x 500 mg par jour pendant 7-14j (enfant: 30-50 mg/kg/j en 3 prises pendant 7-14j)

métronidazole: 2 x 500 mg par jour pendant 7-14j (enfant: 20-30 mg/kg/j en 3 prises pendant 7-14j)

Remarque: Les études ont été réalisées avec l'érythromycine. Celle-ci provoquant plus d'effets indésirables que les néomacrolides, il semble plus opportun d'utiliser ceux-ci.

REFERENCES

1. Marques de Medeiros I, Saconato H. Bites (mammalian). In Clinical Evidence Issue 13

2. DTB redaction. Managing bites from humans and other mammals. DTB 2004; 42 (9): 67-71
3. Prise en charge des morsures de chat ou de chien. Folia Pharmacotherapeutica. Juillet 2003
4. Prise en charge des morsures de chat ou de chien. Folia Pharmacotherapeutica. Mars 2004
5. Moore F. I've just been bitten by a dog (bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/314/7074/88)

Herpès labial

Il n'y a pas de preuve d'une pertinence clinique de proposer un traitement chez un patient immunocompétent par antiviral local ou par voie orale dans les situations suivantes: primo-infection (gingivo-stomatite); récurrence d'herpès labial; prévention des récurrences d'herpès labial.

REFERENCES

1. Worrall G. Herpes Labialis. In Clinical Evidence 2004 Issue 12
2. ANAES. Prise en charge de l'herpès cutanéomuqueux chez le sujet immunocompétent (manifestations oculaires exclues) Conférence de consensus 7 /11/2001 (www.anaes.fr)
3. Rosser WW, Pennie RA, Pilla NJ, and the anti-infective Review Panel. Anti-infective guidelines for community acquired infections. MUMS Guideline clearinghouse 2005

Varicelle et herpes zoster (zona)

Varicelle

Indications et remarques

Un antiviral pris dans les 24 heures qui suivent l'éruption, diminue la durée de l'éruption et la durée de la fièvre de 1 jour (level I).

Dans la mesure où la varicelle chez l'enfant est en général considérée comme une maladie bénigne, le traitement antiviral devrait être réservé aux cas à risque (immunodépression).

Chez l'adulte les bénéfices sur la complication la plus fréquente – la pneumonie – n'ont pas été étudiés. Il est dès lors difficile de se prononcer sur le bien-fondé d'un traitement antiviral.

Une hospitalisation est à envisager en cas d'état général altéré.

En prévention, la vaccination est à envisager dans les 72 heures qui suivent le contact, à partir de l'âge de 13 ans.

Herpes zoster (zona)

Indications et remarques

Un traitement antiviral est justifié en cas de zona ophtalmique et pour un patient immunodéprimé.

Un traitement antiviral peut être envisagé pour un patient de plus de 60 ans, en cas de lésions étendues et en cas de douleur qui précède l'éruption.

Choix de l'antiviral

- **aciclovir**

5 x 800 mg par jour pendant 7j

- **famciclovir**

3 x 500 mg par jour pendant 7j

Remarque: l'aciclovir est moins cher mais nécessite plus de prises que le famciclovir.

REFERENCES

1. Swingler G. Chickenpox. In Clinical Evidence 2004 Issue 12
2. Improving the management of varicella herpes zoster and zoster-associated pain (www.IHMF.org)
3. Richtlijn Varicella (www.cbo.nl)
4. Wareham D. Postherpetic neuralgia. In Clinical Evidence
5. Fiche de transparence: La prise en charge du zona. Supplément au Folia Pharmacotherapeutica. Octobre 2003
6. Johnson R, Dworkin R. Treatment of herpes zoster and postherpetic neuralgia. *BMJ* 2003; 326: 748-50
7. Gnann J, Whitley R. Herpes zoster. *New Engl J Med* 2002; 347: 340-6
8. Gross G, Schöfer H, Wassilew S et al. Herpes zoster guidelines of the German Dermatology Society (DDG) *Journal of Clinical Virology* 2003; 26: 277-89
9. Shafraan S, Tyring S, Ashton R et al. Once, twice or three times daily famciclovir compared with aciclovir for the oral treatment of herpes zoster in immunocompetent adults: a randomized, multicenter, double-blind clinical trial. *Journal of Clinical Virology* 2004; 29: 248-53
10. Rosser WW, Pennie RA, Pilla NJ and the Anti-infective Review Panel. Anti-infective Guidelines for Community-acquired infections. MUMS Guideline Clearinghouse 2005

Maladie de Lyme (erythema chronicum migrans)

Indications et remarques

En Belgique, en cas de morsure par une tique, il ne semble pas y avoir d'indication d'antibiothérapie en prophylaxie (level IV, grade C), particulièrement si la tique a été enlevée dans les 24-48 heures.

Les experts proposent de traiter dès l'apparition d'érythème chronique migrant (level IV, grade C).

Choix de l'antibiotique

En première intention: (level I, grade A)

- *doxycycline*

Adulte: 1 x 200 mg par jour pendant 10j

Enfant (plus de 8 ans): 2-4 mg/kg/j en 2 prises pendant 10j

- *amoxicilline*

Adulte: 3 x 500 mg par jour pendant 14-21j

Enfant: 50 mg/kg/j pendant 14-21j

En deuxième intention: (level I, grade A)

Contre-indication à la doxycycline ou allergie à la pénicilline non IgE médiée.

- *céfuroxime axétil*

Adulte: 2 x 500 mg par jour pendant 14-21j

Enfant: 30 mg/kg/j en 2 prises pendant 14-21j

En troisième intention: (level IV, grade C)

Si les autres antibiotiques ne sont pas bien tolérés ou contre-indiqués.

- *azithromycine*

Adulte: 1 x 500 mg par jour pendant 7-10j

Enfant: 10 mg/kg/j pendant 7-10j

- *clarithromycine*

Adulte: 2 x 500 mg par jour pendant 14-21j

Enfant: 15 mg/kg/j en 2 prises pendant 14-21j

REFERENCES

1. Hayes EB, Mead P. Lyme disease. In Clinical Evidence Issue 13
2. La maladie de Lyme: mise à jour. Folia Pharmacotherapeutica, mai 2003
3. La maladie de Lyme: prévention et traitement. Folia Pharmacotherapeutica, mai 2002
4. Samenvatting richtlijn: Lyme-Borreliose (www.cbo.nl/product/richtlijnen)
5. M. Van Driel. Heeft antibiotische profylaxie zin na een tekenbeet? (www.minerva-ebm.be/articles/nl/2002)
6. Bossuyt N. Morsures de tiques et/ou suspicion de la maladie de Lyme. Senti-bull. 2005-1

7. Nadelman RB, Nowakowski J, Fish D. et al. Prophylaxis with single-dose doxycycline for the prevention of Lyme disease after Ixodes scapularis tick bite. *N Engl J med* 2001; 345: 79-84
8. Wormser G, Nadelman RB, Dattwyler RJ et al. Practice Guidelines for the treatment of Lyme Disease. *Clinical Infectious Diseases* 2000; 31: 1-14
9. Wormser G, Nowakowski J, Nadelman RB. Treatment of early Lyme disease. *Annals of Internal Medicine* 2004; 140 (7): 577-8

Candidoses et mycoses

Indications et remarques

Les infections générales à *Candida*, les infections mycosiques cutanées et les onychomycoses sont envisagées dans cette fiche. Les vulvo-vaginites à *Candida* sont étudiées dans une autre fiche.

Un traitement des candidoses cutanées (y compris intertrigo et dermatite des langes) par voie locale est à envisager. Pour les candidoses oropharyngées, le traitement sera local en premier choix et par prise orale d'antimycosique en cas d'échec. Pour les mycoses cutanées, le traitement sera également local en premier choix et par prise orale d'antimycosique en cas d'échec ou de pathologie chronique. Pour les onychomycoses, un traitement est nécessaire en cas d'immunodéficience ou de diabète.

Choix de l'antimycosique

CANDIDOSES

Candidose cutanée et intertrigo: (level Ia, grade A)

- **miconazole 2% en traitement local**

2 applications par jour jusqu'à une semaine après la guérison clinique

Candidose oro-pharyngée: (level Ib, grade A)

- **nystatine** en traitement local

100.000 UI 4 fois par jour en bain de bouche jusqu'à 48 heures après la disparition des lésions

En cas d'échec, le **fluconazole** (50-100 mg/j pendant 7-14j) par voie orale sera envisagé.

Dermatite des langes: (level Ia, grade A)

- **miconazole 2%** en traitement local

2 applications par jour à une application à chaque change de langes jusqu'à guérison

INFECTIONS MYCOSIQUES DU PIED

Infection récente et/ou peu étendue: (level Ia, grade A)

- **miconazole 2%** en traitement local

2 applications par jour jusqu'à une semaine après la guérison clinique

Infection récurrente: (level Ib, grade A)

- **fluconazole** par voie orale

150 mg par semaine pendant 6 semaines

ONYCHOMYCOSES

Ongles des mains: (level Ib, grade A)

- **fluconazole** par voie orale

Adulte: 150 mg par semaine pendant 6-9 mois

Enfant: à réserver au spécialiste

Ongles des pieds: (level Ia, grade A)

- **terbinafine** par voie orale

Adulte: 250 mg/j pendant 12-16 semaines

Enfant: à réserver au spécialiste

REFERENCES

1. P. von den Driesch. Candidiasis in Evidence-based Dermatology. BMJ Books 2003; 490-500
2. Crawford F. Athlete's foot in Evidence-based Dermatology. BMJ Books 2003; 436-40
3. Crawford F. Athlete's foot and fungully infected toenails. In Clinical Evidence
4. Bell-Syer SEM, Hart R, Crawford F et al. Oral treatment for fungal infections of the skin of the foot. Cochrane Library 2004 Issue 4
5. Gupta A, Ryder J, Bluhm R. Onychomycosis in Evidence-based Dermatology. BMJ Books 2003; 441-61
6. Crawford F, Hart R, Bell-Syer S et al. Topical treatments for fungal infections of the skin and nails of the foot. Cochrane Library 2004 Issue 4
7. Dermatomycosen (nhg.artsenet.nl/upload/104/standaarden/M64/svk.htm)

Scabies (la gale)

Indications et remarques

Un traitement anti-infectieux est toujours indiqué: traitement local en premier choix.

Choix du produit

- *perméthrine 5%*

Une seule application est souvent suffisante. Une seconde application est parfois nécessaire (l'évaluation doit se faire après 28 jours, ce qui correspond au délai nécessaire à une ré infestation possible).

REFERENCES

1. Walker G, Johnstone P. Scabies. In Clinical Evidence Issue 13
2. Burgee I. Scabies in Evidence based dermatology. BMJ Books 2003; 515-22

Cystite

Indications et remarques

Cystite non compliquée de la femme (enceinte)

Un traitement par antiseptique urinaire ou par antibiotique est toujours recommandé (level Ia, grade A).

Infection urinaire de l'enfant

Un avis spécialisé est recommandé, sauf pour les filles âgées d'au moins 5 ans. L'instauration d'un traitement rapide est associé à un moindre risque de développer des séquelles rénales que l'attente des résultats de la culture et de l'antibiogramme pour le débiter (level III, grade B). En cas de récurrence, une mise au point est nécessaire.

Infections urinaires récurrentes

Un traitement anti-infectieux permet de réduire le taux de récurrence (level Ia, grade A). Il y a 2 possibilités: un traitement prophylactique (traitement continu pendant 6-12 mois) ou un programme post coïtal (traitement instauré endéans les 2 heures après les rapports sexuels).

Choix du produit anti-infectieux

Cystite non compliquée de la femme: (level Ia, grade A)

- **nitrofurantoïne**

3 x 100 mg par jour pendant 3j

- **triméthoprime**

1 x 300 mg par jour pendant 3j (en préparation magistrale)

Alternative en cas de non disponibilité de la nitrofurantoïne: **nifurtoïinol** (libération prolongée; 100 mg 2 à 3 fois par jour pendant 3j).

Cystite non compliquée de la femme enceinte: (level IV, grade C)

L'amoxicilline ou la **nitrofurantoïne** (sauf en fin de grossesse) sont les molécules à envisager en premier lieu.

Infections urinaires récurrentes: (level Ia, grade A)

i) Traitement prophylactique:

- **nitrofurantoïne**

50-100 mg par jour pendant 6 mois

- **triméthoprime**

150-300 mg par jour pendant 6-12 maanden (en préparation magistrale)

ii) Programme postcoïtal:

- **nitrofurantoïne**

50-100 mg 1 comprimé

- **triméthoprime**

150-300 mg 1 gélule (en préparation magistrale)

Infection urinaire chez l'enfant: (level IV, grade C)**- nitrofurantoïne**

5-7 mg/kg/j en 4 prises pendant 3j (en préparation magistrale: sirop ou capsule)

- triméthoprime

4 mg/kg/j en 2 prises (en préparation magistrale)

REFERENCES

1. BAPCOC (Christiaens T, Callewaert L) Cystite chez la femme: recommandations pour un bon usage des antibiotiques (www.health.fgov.be/antibiotics)
2. L'usage adéquat des antibiotiques en cas d'entérite aiguë et d'infection urogénitales aiguës dans la pratique ambulatoire. Réunion de consensus INAMI (octobre 2001)
3. Milo G, Katchman E, Paul M, Christiaens T, Baerheim A, Leibovici L. Duration of antibacterial treatment for uncomplicated urinary tract infection in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2005 Apr 18 (2)
4. Hooton TM, Scholes D, Gupta K, Stapleton AE, Roberts PL, Stamm WE. Amoxicillin-clavulanate vs ciprofloxacin for the treatment of uncomplicated cystitis in women: a randomized trial. *JAMA* 2005; 293 (8): 949-55
5. Arredondo-Garcia JL, Figueroa-Damian R, Rosas A, Jauregui A, Corral M, Costa A, Merlos RM, Rios-Fabra A, Amabile-Cuevas CF, Hernandez-Oliva GM, Olguin J, Cardenosa-Guerra O; uUTI Latin American Study Group. Comparison of short-term treatment regimen of ciprofloxacin versus long-term treatment regimens of trimethoprim/sulfamethoxazole or norfloxacin for uncomplicated lower urinary tract infections: a randomized, multicentre, open-label, prospective study. *J Antimicrob Chemother* 2004; 54 (4): 840-3
6. Keren R, Chan E. Short versus standard duration antibiotic treatment for UTIs: a comparison of two meta-analyses. *Arch Dis Child* 2003; 88 (1): 89-91
7. Michael M, Hodson EM, Craig JC, Martin S, Moyer VA. Short versus standard duration oral antibiotic therapy for acute urinary tract infection in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (1)
8. Tran D, Muchant DG, Aronoff SC. Short-course versus conventional length antimicrobial therapy for uncomplicated lower urinary tract infections in children: a meta-analysis of 1279 patients. *J Pediatr* 2001; 139 (1): 93-9
9. Hellerstein S. Antibiotic treatment for urinary tract infections in pediatric patients. *Minerva Pediatr* 2003; 55 (5): 395-400
10. Larcombe J. Urinary tract infection in children. In *Clinical evidence*
11. Lutters M, Vogt N. Antibiotic duration for treating uncomplicated, symptomatic lower urinary tract infections in elderly women. *Cochrane Database Syst Rev* 2002 (3)
12. Vogel T, Verreault R, Gourdeau M, Morin M, Grenier-Gosselin L, Rochette L. Optimal duration of antibiotic therapy for uncomplicated urinary tract infection in older women: a double-blind randomized controlled trial. *CMAJ* 2004; 170 (4): 469-73
13. Albert X, Huertas I, Pereiro II, Sanfelix J, Gosalbes V, Perrota C. Antibiotics for preventing recurrent urinary tract infection in non-pregnant women. *Cochrane Database Syst Rev* 2004 (3)

14. Wechsler A. Recurrent cystitis in non-pregnant women. In *Clinical Evidence* 2003 (10): 2210-8
15. Jepson RG, Mihaljevic L, Craig J. Cranberries for preventing urinary tract infections. *Cochrane Database Syst Rev* 2004 (2)
16. Bauer HW, Rahlfs VW, Lauener PA, Blessmann GS. Prevention of recurrent urinary tract infections with immuno-active E. coli fractions: a meta-analysis of five placebo-controlled double-blind studies. *Int J Antimicrob Agents* 2002; 19 (6): 451-6

Pyélonéphrite

Indications et remarques

Une pyélonéphrite aiguë nécessite l'instauration rapide d'une antibiothérapie. Une pyélonéphrite chez une femme enceinte nécessite un avis spécialisé.

En cas de pyélonéphrite septique (température $>38^{\circ}\text{C}$ ou $< 36^{\circ}\text{C}$, fréquence cardiaque $> 90/\text{min}$, fréquence respiratoire $> 20/\text{min}$, hyperventilation, taux de globules blancs $>12\ 000/\text{mm}^3$ ou $< 4\ 000/\text{mm}^3$) une hospitalisation est indiquée pour instaurer une antibiothérapie intraveineuse.

Une pyélonéphrite chez les enfants nécessite généralement aussi une hospitalisation.

Choix de l'antibiotique

En première intention: (level Ia, grade A)

- ciprofloxacine

500-1000 mg/j en 2 prises pendant 10j (7-14j)

- ofloxacine

400-800 mg/j en 1 prise pendant 10j (7-14j)

- lévofloxacine

250-500 mg/j en 1 prise pendant 10j (7-14j)

Alternatives: (level Ib, grade A)

- amoxicilline clavulanate

3 x 500/125 mg par jour pendant 14j

- co-trimoxazole (uniquement si germe sensible)

2 x 800/160 mg par jour pendant 14j

REFERENCES

1. L'usage adéquat des antibiotiques en cas d'entérite aiguë et d'infection urogénitales aiguës dans la pratique ambulatoire. Réunion de consensus INAMI (octobre 2001)
2. BAPCOOC (Delaere B, Ramaekers D) Traitement antibiotique de la pyélonéphrite aiguë acquise dans la communauté chez l'adulte immunocompétent admis en hospitalisation (www.health.fgov.be/antibiotics)
3. Wechsler AH. Pyelonephritis in non-pregnant women. In Clinical Evidence Issue 13
4. Pinson AG, Philbrick JT, Lindbeck GH, et al. Oral antibiotic therapy for acute pyelonephritis: a methodologic review of the literature. J Gen Intern Med 1992; 7: 544-53
5. Richard GA, Klimberg IN, Fowler CL, et al. Levofloxacin versus ciprofloxacin versus lomefloxacin in acute pyelonephritis. Urology 1998; 52: 51-5
6. Johnson JR, Lyons MF, Pearce W, et al. Therapy for women hospitalized with acute pyelonephritis: a randomized trial of ampicillin versus trimethoprim-sulfamethoxazole for 14 days. J Infect Dis 1991; 163: 325-30

-
7. Le Conte P, Simon N, Bourrier P, et al. Acute pyelonephritis. Randomized multicentre double-blind study comparing ciprofloxacin with combined ciprofloxacin and tobramycin. *Presse Med* 2001; 30: 11–5
 8. Ramakrishnan K, Scheid DC. Diagnosis and management of acute pyelonephritis in adults. *Am Fam Physician* 2005; 71 (5): 933-42

Prostatite

Indications et remarques

En cas de prostatite aiguë un traitement antibiotique est recommandé (level III, grade B). Dans un contexte de maladie sexuellement transmissible, il est recommandé de traiter le partenaire sexuel.

En cas de prostatite chronique, le rôle d'un traitement antibiotique est controversé.

Choix de l'antibiotique

En première intention: (level IV, grade C)

- **ciprofloxacine**

2 x 500 mg par jour pendant 21j

- **ofloxacine**

2 x 200 mg ou 1 x 400 mg par jour pendant 21j

- **lévofloxacine**

1 x 500 mg par jour pendant 21j

Alternatives: (level IV, grade C)

- **amoxicilline clavulanate**

3 x 500/125 mg par jour pendant au moins 21j

- **co-trimoxazole** (uniquement si germe sensible, pas d'activité contre *Chlamydia* spp.)

2 x 800/160 mg par jour pendant 21j

REFERENCES

1. L'usage adéquat des antibiotiques en cas d'entérite aiguë et d'infection urogénitales aiguës dans la pratique ambulatoire. Réunion de consensus INAMI (octobre 2001)
2. Alexander RB, Probert KJ. Ciprofloxacine or Tamsulosin in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Annals of internal medicine* 2004; 141: 581-89
3. National guideline for the management of prostatitis. Clinical Effectiveness Group (Association of Genitourinary Medicine and the Medical Society for the Study of Venereal Diseases). *Sex Transm Infect* 1999; 75 Suppl 1: S46-50 (www.guideline.gov)
4. Ranque AE, Brouqui SP. The treatment of prostatitis. *Rev Méd Int* 2002; 23 (12): 999-1005
5. Schaeffer AJ, Lee Jang T. Chronic prostatitis. In *Clinical evidence*
6. Nickel JC, Downey J, Clark J, Casey RW, Pommerville PJ, Barkin J, Steinhoff G, Brock G, Patrick AB, Flax S, Goldfarb B, Palmer BW, Zadra J. Levofloxacin for chronic prostatitis /chronic pelvic pain syndrome in men: a randomized placebo-controlled multicenter trial. *Urology* 2003; 62 (4): 614-7

Orchi-épididymite

Indications et remarques

Les orchi-épididymites de l'enfant sont généralement d'origine virale et ne nécessitent pas d'antibiothérapie.

Chez l'adolescent et l'adulte une antibiothérapie est recommandée.

Le dépistage et le traitement des autres maladies transmissibles sexuellement sont recommandés chez le patient et ses partenaires sexuels.

Choix de l'antibiotique

En première intention: (level IV, grade C)

- ofloxacin

400 mg par jour en 1 à 2 prises pendant 10-14j

- ciprofloxacine

500 mg 1 à 2 fois par jour pendant 10-14j

- lévofloxacine

1 x 500 mg par jour pendant 10-14j

Remarque: Une résistance accrue du gonocoque aux quinolones est observée.

Remarque: Des réserves sont émises pour l'utilisation des quinolones chez l'enfant en période de croissance (contre indication dans la notice scientifique).

En deuxième intention: (level IV, grade C)

- co-trimoxazole

2 x 800/160 mg par jour pendant 10-14j

- amoxicilline clavulanate

3 x 500/125 mg par jour pendant 10-14j

- céfuroxime

2 x 500 mg par jour pendant 10-14j

Chez l'adolescent, un traitement par co-trimoxazole (800/160 à 1600/320 mg par jour en 2 prises) ou azithromycine (1g une prise unique) est possible et doit être adapté à l'antibiogramme urinaire.

REFERENCES

1. Horner PJ. European Guideline for the management of epididymo-orchitis and syndromic management of acute scrotal swelling. Int J STD and AIDS 2001; (suppl 3): 88-93
2. L'usage adéquat des antibiotiques en cas d'entérite aigue et d'infection urogénitales aigues dans la pratique ambulatoire. Réunion de consensus INAMI (octobre 2001)
3. Paavonen J, Kousa M, Saikku P, Vartiainen E, Kanerva L, Lassus A. Treatment of nongonococcal urethritis with trimethoprim-sulphadiazine and with

- placebo. A double-blind partner-controlled study. *Br J Vener Dis* 1980; 56 (2): 101-4
4. Eickhoff JH, Frimodt-Moller N, Walter S, Frimodt-Moller C. A double-blind, randomized, controlled multicentre study to compare the efficacy of ciprofloxacin with pivampicillin as oral therapy for epididymitis in men over 40 years of age. *BJU Int* 1999; 84 (7): 827-34
 5. Walker P, Wilson J. National guideline for the management of epididymo-orchitis 2002. British Association of Sexual Health and HIV - Medical Specialty Society
 6. Hoosen AA, O'Farrell N, van den Ende J. Microbiology of acute epididymitis in a developing community. *Genitourin Med* 1993; 69 (5): 361-3

Pelvic Inflammatory Disease (PID)

Indications et remarques

Un traitement antibiotique est toujours indiqué. Les patientes en bon état général sans complications peuvent être traitées en ambulatoire.

Le dépistage et le traitement des autres maladies transmissibles sexuellement sont recommandés chez le patient et ses partenaires sexuels.

Pour les enfants l'avis d'un spécialiste est recommandé.

Choix de l'antibiotique

Une quinolone seule ou combinée avec un dérivé de l'imidazole (level Ib, grade A).

- **ofloxacin** (2 x 400 mg par jour) seule ou combinée avec du **métronidazole** (3 x 500 mg par jour) pendant 14j

- **lévofloxacin** (1 x 500 mg par jour) seule ou combinée avec du **métronidazole** (3 x 500 mg par jour) pendant 14j

Remarque: La ciprofloxacine est moins efficace contre le *Chlamydia* spp. et n'est pas recommandée.

REFERENCES

1. Ross JD. European Guideline for the management of pelvic inflammatory disease and perihepatitis. *Int J STD and AIDS* 2001; (suppl 3); 84-7
2. Ross JD. United Kingdom National Guideline for the Management of Pelvic Inflammatory Disease 2005
3. Ross JD. Pelvic inflammatory disease. In *Clinical Evidence*
4. Ness RB, Soper DE, Holley RL, Peipert J, Randall H, Sweet RL et al. Effectiveness of inpatient and outpatient treatment strategies for women with pelvic inflammatory disease: results from the Pelvic Inflammatory Disease Evaluation and Clinical Health (PEACH) Randomized Trial. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186: 929-37
5. Wendel GD, Cox SM, Bawdon RE, Theriot SK, Heard MC, Nobles BJ. A randomized trial of ofloxacin versus cefoxitin and doxycycline in the outpatient treatment of acute salpingitis. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 164: 1390-6
6. Walker CK, Kahn JG, Washington AE, Peterson HB, Sweet RL. Pelvic inflammatory disease: meta-analysis of antimicrobial regimen efficacy. *Infect Dis* 1993; 168 (4): 969-78
7. Walker CK, Workowski KA, Washington AE, et al. Anaerobes in pelvic inflammatory disease: implications for the Centers for Disease Control and Prevention's guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. *Clin Infect Dis* 1999; 28 (suppl): 29-36
8. Cirau-Vigner N, Barrier J, Becue J, Chartier M, Giraud JR, Landes P, Leng J, Raudrant D, Reme JM., Amoxicillin/clavulanic acid ('Augmentin') compared with a combination of aminopenicillin, aminoglycoside and metronidazole in the treatment of pelvic inflammatory disease. *Pharmatherapeutica*. 1989; 5 (5): 312-9

Vulvo-vaginite

Indications et remarques

Vaginite bactérienne

Une antibiothérapie est toujours indiquée (level Ib, grade A) et le traitement local est le premier choix (moins d'effets indésirables qu'un traitement oral).

Le traitement du partenaire sexuel n'a montré un bénéfice pour diminuer le taux de récurrences qu'en cas de vaginite à *Trichomonas vaginalis* (level Ia, grade A).

Candidose vulvo-vaginale

Un traitement anti-infectieux est toujours indiqué et le traitement local est le premier choix. Pour les femmes enceintes, un avis spécialisé est recommandé.

Il n'est pas prouvé que le traitement du partenaire sexuel réduise le taux de récurrences.

Choix du produit

Vaginite bactérienne: (level Ia, grade A)

- **métronidazole gel 0,75%**

5 g localement pendant 7j

- **métronidazole oral**

250-500 mg 2 fois par jour pendant 7j

Alternatives:

- **métronidazole oral**

2 g en prise unique

- **clindamycine crème 2%**

5 g localement au coucher pendant 7j

Eradication du *Trichomonas vaginalis*: (level Ia, grade A)

- **métronidazole oral**

2 g en prise unique

- **métronidazole oral**

250-500 mg 2 fois par jour pendant 5-7j

Candidose vulvo-vaginale: (level Ia, grade A)

- **miconazole ovule**

1200 mg une dose intravaginale

- **clotrimazole comprimé**

500 mg une dose intravaginale

- **fluconazole oral**

150 mg en prise unique

Candidose vulvo-vaginale récidivante: (level Ib, grade A)**- miconazole ovule**

1200 mg (un ovule) 3-5j après les menstruations pendant 6 mois

- clotrimazole comprimé

500 mg (un comprimé) 3-5j après les menstruations pendant 6 mois

- fluconazole oral (level IV, grade C)

150 mg 1 fois par mois à 1 fois par semaine pendant 6 mois

REFERENCES

1. L'usage adéquat des antibiotiques en cas d'entérite aigue et d'infection urogénitales aigues dans la pratique ambulatoire. Réunion de consensus INAMI (octobre 2001)
2. Joesoef MR, Schmid G. Bacterial vaginosis (updated 2004-05-01) in Clinical Evidence Issue 13
3. Prodigy Guidance. Trichomoniasis. (www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=Trichomoniasis)
4. Des Spence. Candidiasis (vulvovaginal) (updated 2004-06-01) in Clinical Evidence Issue 13
5. Traitement des vulvo-vaginites à candida. Folia Pharmacotherapeutica, mai 2002
6. Sherrard J. European guidelines for the management of vaginal discharge. Int J STD AIDS, 2001; 12 (suppl 3); 73-7
7. Forna F, Gulmezoglu AM. Interventions for treating trichomoniasis in women (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software

Urétrite

Indications et remarques

En cas d'urétrite d'origine indéterminée, en attendant les résultats des cultures, il est recommandé de traiter par des antibiotiques actifs sur le chlamydia et sur le gonocoque. Si les analyses ont permis la mise en évidence du germe en cause, un traitement antibiotique spécifique est toujours indiqué.

Le dépistage et le traitement des autres maladies transmissibles sexuellement sont recommandés chez le patient et son partenaire sexuel.

Choix de l'antibiotique

En cas d'urétrite d'origine indéterminée: (level IV, grade C)

Une quinolone (**ofloxacin**e 400 mg en prise unique; **ciprofloxacin**e 500 mg en prise unique; **lévofloxacin**e 250 mg en prise unique) en association avec la **doxycycline** (2 x 100 mg par jour pendant 7j) ou en association avec l'**azithromycine** (1 g en prise unique).

Alternative aux quinolones: **spectinomycine** IM (2 g en prise unique).

Eradication du gonocoque: (level Ib, grade A)

- **ciprofloxacin**e
500 mg en prise unique
- **ofloxacin**e
400 mg en prise unique
- **lévofloxacin**e
250 mg en prise unique
- **spectinomycine** IM
2g en prise unique

Remarque: Une résistance accrue du gonocoque aux quinolones est observée.

Eradication du *Chlamydia* spp.: (level Ib, grade A)

- **doxycycline**
2 x 100 mg par jour pendant 7j
- **azithromycine**
1g en prise unique

REFERENCES

1. Horner PJ. European guideline for the management of urethritis. Int J STD and AIDS 2001; (suppl 3): 63-7
2. Moran JS. Gonorrhoea (search date September 2003) in Clinical Evidence Issue 13
3. Low N. Chlamydia (uncomplicated, genital) (search date March 2004) in Clinical Evidence Issue 13
4. Mann J, Kropp R, Wong T, Venne S, Romanowski B. Gonorrhoea treatment guidelines in Canada: 2004. Update CMAJ 2004; 171 (11)

-
5. Miller K, Ruiz D, Graves C. Update on the prevention and treatment of sexually transmitted diseases. *Am Fam Physician* 2003; 67 (9): 1915-22
 6. US centers for disease control and prevention guidelines for the treatment of sexually transmitted disease: an opportunity to unify clinical and public health practice. *Ann intern Med* 2002; 137: 255-65

Syphilis

Indications et remarques

La syphilis nécessite toujours une antibiothérapie (level IV, grade C).

Le traitement de la syphilis tertiaire, de la syphilis congénitale et de la syphilis associée au HIV n'est pas repris ici, l'avis d'un spécialiste étant requis.

Choix de l'antibiotique

Syphilis primaire et syphilis secondaire précoce: (level IV, grade C)

- **benzathine pénicilline IM (en 2 sites différents)**

2,4 million UI (un jour de traitement)

En cas d'allergie à la pénicilline: doxycycline (2 x 100 mg par jour pendant 14j)

Syphilis primaire chez l'enfant: (level IV, grade C)

- **benzathine pénicilline IM (en 2 sites différents)**

50 000 UI/kg (un jour de traitement)

En cas d'allergie à la pénicilline: avis spécialisé.

REFERENCES

1. National guideline for the management of early syphilis. Clinical Effectiveness Group (Association of Genitourinary Medicine and the Medical Society for the Study of Venereal Diseases) Sex Transm Infect 1999; 75 Suppl 1: S29-33 ([www.bashh.org/guidelines/2002/early\\$final0502.pdf](http://www.bashh.org/guidelines/2002/early$final0502.pdf))
2. Donders G, Foidart JM. Directives des associations belges d'obstétriciens et de gynécologues – diagnostic et traitement des infections génitales chez la femme 2003
3. Goh BT et al. European guideline for the management of syphilis. Int J STD AIDS, 2001; 12 (suppl 3); 14-26
4. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. Centers for Disease Control and Prevention. MMWR Recomm Rep 2002; 51 (RR-6): 1-78
5. Van Bergen JEAM, Dekker JH, Boeke AJP, Mastboom MT, Pijnenborg L, Van Lieshout J. NHG Standaard Het soa-consult. Huisarts Wet 2004, 47 (13): 636-51
6. Hook EW 3rd, Martin DH, Stephens J, Smith BS, Smith K. A randomized, comparative pilot study of azithromycin versus benzathine penicillin G for treatment of early syphilis. Sex Transm Dis 2002; 29 (8): 486-90
7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Azithromycin treatment failures in syphilis infections—San Francisco, California, 2002-2003. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2004; 12; 53 (9): 197-8

Herpès génital

Indications et remarques

En cas de premier épisode d'herpès génital, un traitement antiviral oral doit être instauré le plus vite possible afin de diminuer les symptômes et la durée des lésions (level Ib, grade A).

Le traitement éventuel d'herpès génital récidivant dépendra de la sévérité et de la fréquence des récurrences. Un traitement antiviral oral, initié dès l'apparition des premiers symptômes, réduit la durée des symptômes (1 à 2 jour), la durée des lésions et le taux de récurrences (level Ib, grade A).

Un traitement antiviral prophylactique de longue durée (6 à 12 mois) peut aussi être envisagé (level Ib, grade A).

Pour les femmes enceintes un avis spécialisé est recommandé.

Choix de l'antiviral

Premier épisode: (level Ib, grade A)

- **aciclovir**

5 x 200 mg par jour pendant 5-10j

- **famciclovir**

3 x 250 mg par jour pendant 5-10j

- **valaciclovir**

2 x 500 mg par jour pendant 5-10j

Remarque: l'aciclovir est moins cher mais nécessite plus de prises par jour que le famciclovir et le valaciclovir.

Herpès génital récidivant: (level Ib, grade A)

- **aciclovir**

5 x 200 mg par jour pendant 3j

- **famciclovir**

2 x 125 mg par jour pendant 3j

- **valaciclovir**

2 x 500 mg par jour pendant 3j

Prophylaxie des récurrences: (level Ib, grade A)

- **aciclovir**

2 x 400 mg par jour pendant 6-12 mois

- **famciclovir**

2 x 250 mg par jour pendant 6-12 mois

- **valaciclovir**

1 x 500 mg par jour pendant 6-12 mois

REFERENCES

1. Jungmann EMA. Genital Herpes in Clinical Evidence Issue 13
2. Traitement de l'herpès génital. Folia Pharmacotherapeutica, juin 2001
3. Kimberlin D, Rouse D. Genital Herpes Clinical Practice. N Engl J Med 2004; 350 (19); 1970-7
4. Donders G, Foidart JM. Directives des associations belges d'obstétriciens et de gynécologues – diagnostic et traitement des infections génitales chez la femme 2003

Gastro-entérite résidentielle (non du voyageur)

Indications et remarques

Il n'est pas prouvé qu'une antibiothérapie apporte un bénéfice sur l'évolution naturelle d'une gastro-entérite aiguë. Le traitement doit être axé en premier lieu sur la prévention et la prise en charge de la déshydratation, et une hospitalisation est nécessaire en cas de déshydratation importante, notamment chez les enfants.

Chez les patients avec tableau septique, dégradation sévère de l'état général et diarrhée sanguinolente une hospitalisation pour un traitement antibiotique IV est toutefois indiquée (level III, grade B).

En cas de syndrome dysentérique (diarrhée compliquée de fièvre et/ou de sang dans les selles et/ou d'atteinte importante de l'état général) ou chez les patients à risque (lésions des valves cardiaques, porteurs d'implants) il existe un consensus pour recommander une antibiothérapie (level IV, grade C).

L'efficacité des antiseptiques intestinaux comme la nifuroxazide n'est pas prouvée (level Ib, grade A).

Choix de l'antibiotique

En cas de syndrome dysentérique, chez les patients à risque: (level IV, grade C)

Une quinolone pendant 3 à 5 j et adapter ensuite le traitement selon l'antibiogramme.

REFERENCES

1. Bauer TM, Lalvani A, Fahrenbach J, et al. Derivation and validation of guidelines for stool cultures for enteropathogenic bacteria other than *Clostridium difficile* in hospitalized adults. *JAMA* 2001; 285: 313-9
2. L'usage adéquat des antibiotiques en cas d'entérite aiguë et d'infection urogénitales aiguës dans la pratique ambulatoire. Réunion de consensus INAMI (octobre 2001)
3. Guerrant R, Van Gilder T, Steiner T et al. Practice guidelines for the management of infectious diarrhea. *Clin Inf* 2001; 32: 331-50
4. Sirinavin S, Garner P. Antibiotics for treating salmonella gut infections (Cochrane review)
5. Barbara G, Stanghellini V, Berti-Ceroni C, et al. Role of antibiotic therapy on long-term excretion in faeces and digestive symptoms after *Salmonella* infection. *Aliment Pharmacol Ther* 2000; 14: 1127-31
6. Robins-Browne RM, Mackenjee MK, Bodasing MN et al. Treatment of *Campylobacter*-associated enteritis with erythromycin. *Am J Dis Child* 1983; 137: 282-5
7. De Bruyn G. Infectious diseases: diarrhoea in *Clinical Evidence* Issue 13
8. Dalby PJ, Elliott E. Acute gastroenteritis in children in *Clinical Evidence* Issue 13
9. ESPGHAN: Practical Guidelines for the management of gastroenteritis in children, *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2001; 33: S36-9

Diverticulite

Indications et remarques

Un traitement antibiotique est toujours recommandé (level IV, grade C). Un traitement ambulatoire est possible en cas de diverticulite non compliquée si le patient ne présente pas de signes péritonéaux et si le contexte social le permet (level IV, grade C).

Choix de l'antibiotique

Diverticulite non compliquée: (level IV, grade C)

- une quinolone (**ciprofloxacine** 2 x 500 mg par jour; **ofloxacine** 400 mg par jour en 1 à 2 prises; **lévofloxacine** 1 x 500 mg par jour) en association avec un dérivé de l'imidazole (**métronidazole** 3 x 500 mg par jour) pendant 7-10j
- **amoxicilline clavulanate**
3 x 500/125 mg par jour pendant 7-14j

REFERENCES

1. Simpson J. Colonic diverticular disease in Clinical Evidence Issue 13
2. Stollman NH, Raskin JB. Diagnosis and management of diverticular disease of the colon in adults. Ad Hoc Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Am J Gastroenterol 1999; 94 (11): 3110-21
3. Stollman N, Raskin JB. Diverticular Disease of the Colon. Lancet 2004; 363: 631-9
4. Komuta K, Yamanaka S, Okada K, et al. Toward therapeutic guidelines for patients with acute right colonic diverticulitis. Am J Surg 2004; 187 (2): 233-7
5. Papi C, Ciaco A, Koch M, et al. Efficacy of rifaximin in the treatment of symptomatic diverticular disease of the colon. A multicentre double-blind placebo-controlled trial. Aliment Pharmacol Ther 1995; 9: 33-9
6. Latella G, Pimpo MT, Sottili S, et al. Rifaximin improves symptoms of acquired uncomplicated diverticular disease of the colon. Int J Colorectal Dis 2003; 18: 55-62
7. Kellum JM, Sugerman HJ, Coppa GF, et al. Randomized, prospective comparison of cefoxitin and gentamicin-clindamycin in the treatment of acute colonic diverticulitis. Clin Ther 1992; 14: 376-384

Abcès péri-anal

Indications et remarques

Le traitement d'un abcès péri-anal est chirurgical: incision et drainage (level Ib, grade A).

L'intérêt d'une antibiothérapie n'a pas été démontré (absence de guide de pratique ou de consensus international) et doit être évalué au cas par cas par le praticien.

Choix de l'antibiotique

Les experts proposent les choix suivants (level IV, grade C):

- amoxicilline clavulanate

Adulte: 3 x 500/125 mg par jour pendant 5j (à 10j selon l'évolution clinique)

Enfant: 50 mg/kg/j en 3 prises pendant 5j (à 10j selon l'évolution clinique)

- métronidazole (3 x 500 mg par jour) en association avec **co-trimoxazole** (2 x 800/160 mg par jour) pendant 5j (à 10j selon l'évolution clinique)

- métronidazole (3 x 500 mg par jour) en association avec une quinolone (**ciprofloxacin** 2 x 500 mg par jour; **ofloxacin** 400 mg par jour en 1 à 2 prises; **lévofloxacin** 1 x 500 mg par jour) pendant 5j (à 10j selon l'évolution clinique)

- une quinolone (**ciprofloxacin** 2 x 500 mg par jour; **ofloxacin** 400 mg par jour en 1 à 2 prises; **lévofloxacin** 1 x 500 mg par jour) en association avec la **clindamycine** (adulte 600-1200 mg par jour en 4 prises; enfant 10-30 mg/kg/j en 3 à 4 prises) pendant 5j (à 10j selon l'évolution clinique)

REFERENCES

1. Hebra A. Perianal Abscess (www.emedicine.com/med/topic2733.htm) (updated June 28 2004)
2. Brook I, Frazier EH. The aerobic and anaerobic bacteriology of perirectal abscesses. *J Clin Microbiol* 1997; 35 (11): 2974-6
3. Society for Surgery of the Alimentary Tract (SSAT). Treatment of perineal suppurative processes (www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=5596&nbr=3782) (released February 21 2004)
4. Lundhus E, Gottrup F. Outcome at three to five years of primary closure of perianal and pilonidal abscess. A randomised, double-blind clinical trial with a complete three-year follow-up of one compared with four days' treatment with ampicillin and metronidazole. *Eur J Surg* 1993; 159 (10): 555-8
5. Mortensen J, Kraglund K, Klaerke M, Jaeger G, Svane S, Bone J. Primary suture of anorectal abscess. A randomized study comparing treatment with clindamycin vs. clindamycin and Gentacoll. *Dis Colon Rectum* 1995; 38 (4): 398-401

Eradication de l'*Helicobacter pylori*

Indications et remarques

Une antibiothérapie d'éradication de l'*Helicobacter pylori* est recommandé chez les patients porteurs d'un ulcère gastroduodénal ou en prévention lors de la prise d'AINS au long cours chez des patients à risque.

Il n'est pas prouvé que l'*H. pylori* doit être dépisté lors d'un premier épisode de dyspepsie.

Choix de l'antibiotique

i) Adulte: (level Ia, grade A)

- un inhibiteur de la pompe à protons (dose standard) en association avec **amoxicilline** (2 x 1 g par jour) et **clarithromycine** (2 x 500 mg par jour) pendant 7j
- un inhibiteur de la pompe à protons (dose standard) en association avec **clarithromycine** (2 x 500 mg par jour) et **métronidazole** (2 x 500 mg par jour) pendant 7j

ii) Enfant: (level IV, grade C)

- un inhibiteur de la pompe à protons (dose standard) en association avec amoxicilline (50 mg/kg/j en 3 prises) et **clarithromycine** (15 mg/kg/j en 2 prises) pendant 7j

REFERENCES

1. Delaney BC, Moayyedi P, Forman D. Helicobacter pylori infection in Clinical evidence Issue 13
2. L'usage adéquat des inhibiteurs d'acide dans le reflux gastro-oesophagien et la dyspepsie. Réunion de consensus INAMI (mai 2003)
3. Hunt R, Fallone C, Veldhuyzen van Zanten S, Sherman P, Smaill F, Flook N, Thomson A, and all participants of the Canadian Helicobacter Study Group Consensus Conference (2004): Update on the management of Helicobacter pylori – An evidence-based evaluation of six topics relevant to clinical outcomes in patients evaluated for H pylori infection. Can J Gastroenterol 2004; 18: 547-54
4. Rubin GP, Meineche-Schmidt V, Roberts AP, de Wit NJ. The use of consensus to develop guidelines for the management of Helicobacter pylori infection in primary care. Family Practice 2000; 17: S21-6 (fampra.oupjournals.org/cgi/reprint/17/suppl_2/S21)

5. Gisbert JP, Khorrani S, Carballo F, Calvet X, Gene E, Dominguez-Munoz JE. H. pylori eradication therapy vs. antisecretory non-eradication therapy (with or without long-term maintenance antisecretory therapy) for the prevention of recurrent bleeding from peptic ulcer (update 2004-11-16) The Cochrane Database of Systematic Reviews
6. Ford A, Delaney B, Forman D, Moayyedi P. Eradication therapy for peptic ulcer disease in Helicobacter pylori positive patients (update 2004-11-17) The Cochrane Database of Systematic Reviews
7. Moayyedi P, Soo S, Deeks J, Delaney B, Harris A, Innes M, Oakes R, Wilson S, Roalfe A, Bennett C, Forman D. Eradication of Helicobacter pylori for non-ulcer dyspepsia (2005-01-25) The Cochrane Database of Systematic Reviews

Abcès dentaire

Indications et remarques

Les soins dentaires sont le traitement de première intention.

La prescription d'un antibiotique n'est nécessaire qu'en cas d'abcès dento-osseux (level IV, grade C).

Choix de l'antibiotique

En première intention: (level IV, grade C)

- *amoxicilline*

1-2g/j en 3 à 4 prises pendant 3-5j

En cas d'allergie à la pénicilline de type I: (level IV, grade C)

- *clarithromycine*

500-1000 mg/j en 2 prises pendant 5-7j

- *azithromycine*

1 x 500 mg/j pendant 3j

- *roxithromycine*

2 x 150 mg/j pendant 7j

Alternative en cas d'extension locale importante: (level IV, grade C)

- *clindamycine*

3 x 600 mg par jour pendant 3-5j

REFERENCES

1. Faut-il prescrire un antibiotique en cas d'abcès dentaire? Folia Pharmacotherapeutica, janvier 2002
2. Abcès d'origine dentaire (peu de place pour l'antibiothérapie). Revue Prescrire 2001; 219 (21): 521-30
3. Prescription des Antibiotiques en Odontologie et Stomatologie. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, juillet 2001
4. PRODIGY Guidance - Dental abscess. June 2004 (www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=Dental%20abscess)
5. PRODIGY Guidance - Gingivitis and periodontitis - plaque-associated. July 2004 (www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=Gingivitis)

Conjonctivite bactérienne

Indications et remarques

Traiter une conjonctivite par antibiotique local est efficace en cas de conjonctivite bactérienne (level Ia, grade A) et probablement en cas de conjonctivite bactérienne supposée (level Ia, grade A).

Choix de l'antibiotique

- **chlortétracycline** pommade ophtalmique (level IV, grade C)
6 applications par jour jusqu'à 48 heures après la guérison
- **acide fusidique** gel ophtalmique (level Ib, grade A)
6 applications par jour jusqu'à 48 heures après la guérison

REFERENCES

1. Smith J. Bacterial conjunctivitis in Clinical Evidence Issue 13
2. Blom GH, Cleveringa JP, Louisse AC, de Bruin W, Gooskens P, Wiersma T. NHG Standaard Het rode oog. (nhg.artsennet.nl/upload/104/standaarden/M57)
3. Sheikh A, Hurwitz B, Cave J. Antibiotics versus placebo in conjunctivitis. Cochrane Library Issue 2, 2003

Prévention de la méningite bactérienne

Indications et remarques

Un traitement prophylactique par rifampicine des enfants (âgés de moins de 6 ans au domicile et âgés de moins de 4 ans dans des services de jour) de l'entourage du cas index s'est révélé efficace pour la prévention de la méningite à ***Haemophilus influenzae type b*** (level Ib, grade A).

La prophylaxie doit être administrée endéans la semaine du diagnostic du cas index (level IV, grade C) aux personnes suivantes:

- membres de la maisonnée: s'il y a dans la famille au moins un enfant de moins de 4 ans non ou incomplètement vacciné.
- dans les crèches:

1 seul cas: uniquement s'il y a des enfants de moins de 2 ans non ou incomplètement vaccinés, considérer la prophylaxie pour tous les enfants et le staff.

au moins 2 cas dans les deux mois: si la crèche est fréquentée par des enfants non ou incomplètement vaccinés, la prophylaxie est recommandée à tous les enfants et tout le staff.

Pour la prévention de la méningite à **méningocoque** il n'existe pas de preuve qu'un traitement antibiotique préventif diminue le risque de cas dans l'environnement du cas index.

Néanmoins il existe des preuves d'efficacité de certains antibiotiques (rifampicine, minocycline, ciprofloxacine et ceftriaxone) dans l'éradication du méningocoque (level III, grade B).

La prophylaxie doit être administrée dans les 24 à 48h du diagnostic du cas index (level IV, grade C) aux personnes suivantes:

- membres de la maisonnée.
- contacts étroits (contacts ayant passé plus de 4h par jour pendant au moins 5 jours la semaine précédant l'hospitalisation du cas index).
- dans les crèches et les classes gardiennes: tous les enfants de la même groupe.
- dans les classes primaires: uniquement les enfants avec contact étroit.

Choix de l'antibiotique

Haemophilus influenzae type b: (level I, grade A)

- rifampicine

Adulte: 1 x 600 mg par jour pendant 4j

Enfant: 20 mg/kg/j (max. 600 mg) en 1 à 2 prises pendant 4j (en préparation magistrale)

Neisseria meningitidis: (level IV, grade C)

- rifampicine

Adulte: 2 x 600 mg par jour pendant 2j

Enfant: 2 x 10 mg/kg [moins de 1 mois: 5 mg/kg] (max 600 mg/prise) par jour pendant 2j

- ciprofloxacine

Adulte: 500 mg en une prise unique

Enfant d'au moins 5 ans: 15 mg/kg (max 500 mg) en une prise unique

REFERENCES

1. Purcell B, Samuelsson S, Hahné S et al. Effectiveness of antibiotics in preventing meningococcal disease after a case: systematic review. *BMJ* 2004; 328: 1339-43
2. Rosser WW, Pennie RA, Pilla NJ, and the anti-infective Review Panel. Anti-infective guidelines for community acquired infections. Toronto: MUMS Guideline clearinghouse; 2005
3. Band J, Fraser D, Ajello G, Hemophilus influenzae Disease Study Group. Prevention of Hemophilus influenzae type b disease. *JAMA* 1984; 251: 2381-6
4. Correia J, Hart C. Meningococcal disease in *Clinical Evidence* 2004; 12: 1164-81
5. The Sanford guide to antimicrobial therapy
6. Therapeutic Guidelines Limited. Antibiotic, version 12, 2003. Australia
7. Girgis N, Sultan Y, Frenck R et al. Azithromycin compared with rifampicin for eradication of nasopharyngeal colonization by *Neisseria meningitidis*. *Pediatr Infect Dis J* 1998; 17 (9): 816-9
8. Gonzales de Aledo Linos, Garcia Merino J. Control of a school outbreak of serogroup B meningococcal disease by chemoprophylaxis with azithromycin and ciprofloxacin. *An Esp Pediatr* 2000; 53 (5): 412-7
9. Cuevas LE, Kazembe P, Mughogho GK, Tillotson GS and Hart CA. Eradication of nasopharyngeal carriage of *Neisseria meningitidis* in children and adults in rural Africa: a comparison of ciprofloxacin and rifampicin. *J Infect Dis* 1995; 171: 728
10. Schwartz B, Al-Tobaiqi A, Al-Ruwais A, Fontaine RE et al. Comparative efficacy of ceftriaxone and rifampicin in eradicating pharyngeal carriage of Group A *Neisseria meningitidis*. *Lancet* 1988; 4: 1239
11. BAPCOC (Delaere B, Ramaekers D) Prophylaxis, steroid therapy and antibiotic treatment for community-acquired bacterial meningitis in immunocompetent adults and children. (septembre 2005)
12. Fraser A, Gafter-Gvili A, Paul M, Leibovici L. Antibiotics for preventing meningococcal infections. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 1

Prévention de l'endocardite bactérienne

Indications et remarques

Il n'existe aucune preuve dans la littérature de l'efficacité d'un traitement antibiotique préventif. Chez des patients soit à haut risque soit à risque modéré lors de certaines interventions ambulatoires, un antibiotique est cependant administré préventivement (level IV, grade C). Il n'existe pas de recommandations particulières pour les enfants. Les recommandations pour une antibioprofylaxie se limitent essentiellement aux patients à haut risque (voir tableau avec les catégories de risque – affections cardiaques). En cas d'intervention dans un territoire infecté, les recommandations concernent aussi les patients à risque modéré.

CATEGORIES DE RISQUE (affections cardiaques)
RISQUE ELEVE: prothèses valvulaires cardiaques; endocardite bactérienne antérieure; la plupart des malformations cardiaques congénitales cyanogènes (e.a. tétralogie de Fallot, ventricule unique, transposition des gros vaisseaux); shunt posé chirurgicalement entre circulation systémique et pulmonaire
RISQUE MOYEN: défaut du septum atrial et défaut du septum ventriculaire; persistance d'un canal artériel fonctionnel, valve aortique bicuspidie; coarctation de l'aorte; la plupart des malformations congénitales non reprises dans les risques élevés ou bas; dysfonctionnement valvulaire acquis; cardiomyopathie hypertrophique; prolapsus de la valve mitrale avec régurgitation et/ou épaissement valvulaire
RISQUE BAS: défaut isolé du septum atrial de type ostium secundum; anomalie de drainage des veines pulmonaires; restauration chirurgicale sans séquelle après 6 mois d'un défaut du septum atrial type ostium secundum, défaut du septum ventriculaire, persistance d'un canal artériel fonctionnel, ou transposition aorto-pulmonaire; pontage coronarien antérieur (CABG); prolapsus de la valve mitrale sans régurgitation ou épaissement valvulaire; murmures cardiaques physiologiques, fonctionnels ou sans conséquence; maladie de Kawasaki antérieure sans dysfonctionnement valvulaire; rhumatisme aigu antérieur sans dysfonctionnement valvulaire; pacemaker cardiaque, défibrillateur implanté ou stent; sténose pulmonaire dilatée

Choix de l'antibiotique

i) Interventions dentaires:

les interventions dentaires suivantes, qui provoquent des saignements gingivaux ou muqueux, nécessitent une antibioprofylaxie chez des patients à risque: extraction dentaire, chirurgie parodontale, mise en place d'un implant et réimplantation d'une dent avulsée, intervention endodontale sous l'apex, placement subgingival de strips antibiotiques, injection d'un anesthésique local intraligamentaire, placement initial d'une bande orthodontique, rinçage prophylactique des dents ou d'implants comportant un risque de saignement, incisions de la muqueuse (par exemple plastie du frein ou de la gencive).

En première intention: (level IV, grade C)

- amoxicilline per os

Adulte: 2 g une prise 1 heure avant l'intervention

Enfant: 50 mg/kg (max 2 g) une prise 1 heure avant l'intervention

Alternative: (level IV, grade C)

- ampicilline IM ou IV

Adulte: 1 g une fois 30 minutes avant l'intervention

Enfant: 25 mg/kg une fois 30 minutes avant l'intervention

En cas d'allergie à la pénicilline de type I: (level IV, grade C)

- clindamycine per os (ou IV 30 minutes avant l'intervention)

Adulte: 600 mg une prise 1 heure avant l'intervention

Enfant: 20 mg/kg (max 600 mg) une prise 1 heure avant l'intervention

- clarithromycine per os

Adulte: 500 mg une prise 1 heure avant l'intervention

Enfant: 15 mg/kg une prise 1 heure avant l'intervention

ii) Interventions urogénitales:

Dilatation urétrale et cystoscopie comportent un risque particulièrement élevé.

Patients à risque élevé: (level IV, grade C)

- amoxicilline per os (2 g ou pour les enfants 50 mg/kg) et **gentamicine** IV (2,5 mg/kg – max 120 mg) une fois 30 minutes avant l'intervention, suivi par **amoxicilline** per os (1 g ou pour les enfants 25 mg/kg) une prise 6 heures après l'administration initiale

En cas d'allergie à la pénicilline de type I: vancomycine IV (1 g en 1-2 heures) et gentamicine IV (1,5 mg/kg) une fois 30 minutes avant l'intervention

Patients à risque moyen: (level IV, grade C)

- amoxicilline per os

Adulte: 3 g une prise 1 heure avant l'intervention

Enfant: 75 mg/kg (max 3 g) une prise 1 heure avant l'intervention

- ampicilline IV ou IM

Adulte: 2 g une fois 30 minutes avant l'intervention

Enfant: 50 mg/kg (max 2 g) une fois 30 minutes avant l'intervention

En cas d'allergie à la pénicilline de type I: vancomycine IV (1 g en 1-2 heures) une fois 30 minutes avant l'intervention

iii) Interventions respiratoires:

une antibioprophylaxie n'est pas recommandée en cas d'intubation endotrachéale et de bronchoscopie avec un bronchoscope souple sans biopsie. En cas de bronchoscopie avec un bronchoscope souple comportant une biopsie, une antibioprophylaxie peut être envisagée chez des patients à haut risque.

REFERENCES

1. SPILF. Prophylaxie de l'endocardite infectieuse. Révision de la conférence de consensus de mars 1992. Recommandations 2002. Médecine et maladies infectieuses 2002; 32: 542-52
2. Prévention de l'endocardite infectieuse. Folia Pharmacotherapeutica, mars 2000
3. Moreillon P, Que Y. Infective endocarditis. Lancet 2004; 363: 139-49
4. Oliver R, Roberts G, Hooper L. Penicillins for the prophylaxis of bacterial endocarditis in dentistry. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 2
5. Therapeutic Guidelines Limited. Antibiotic version 12, 2003. Australia
6. Rosser WW, Pennie RA, Pilla NJ, and the anti-infective Review Panel. Anti-infective guidelines for community acquired infections. Toronto: MUMS Guideline clearinghouse; 2005
7. Horstkotte D, Follath F, Gutschik E et al. Guidelines on prevention, diagnosis and treatment of infective endocarditis. European Heart Journal 2004; 25: 267-76
8. Van Laethem Y, Hindlet JY. Belgische consensus over de profylaxe van bacteriële endocarditis. Bloedvaten, hart, longen 1999; 4: 139-43

INFORMATIONS UTILES

Avis pour les voyageurs

Des directives, régulièrement actualisées, sont disponibles pour les patients sur le site web de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers (www.itg.be).

Tuberculose

Des directives, régulièrement actualisées, sont disponibles sur les sites web suivants: FARES – Fonds des affections respiratoires (www.fares.be) et VRGT – Vlaamse vereniging voor respiratoire gezondheidszorg en tuberculosebestrijding (www.vrgt.be).

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page.

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page.

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page.


GUIDE BELGE DES TRAITEMENTS ANTI-INFECTIEUX
EN PRATIQUE AMBULATOIRE

Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee
Federale Overheidsdienst Volksgezondheid,
Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu
Eurostation, blok 2
Victor Hortaplein 40, boîte 10
1060 Bruxelles

Adresse de communication:
Bapcoc
Eurostation, blok 2
Bureau 1D01D
Victor Hortaplein 40, bus 10
1060 Bruxelles
e-mail: bapcoc@health.fgov.be
www.health.fgov.be

Numéro dépôt: D/2006/2196/13

Mis en page, impression et finition: www.lannooprint.be

 lannoo drukkerij