

# Synthèse des nouvelles Recommandations en maladies infectieuses publiées en 2022

Etienne Canouï  
Equipe mobile d'infectiologie  
Hôpital Cochin, Paris  
« groupe reco » de la SPILF

# PLAN

(dans l'ordre de mes préférences)



- Antibiothérapie
- Immunodéprimé
- COVID
- Autre

# Antibiothérapie:



Last updated March 30, 2022, and posted online at <https://www.idsociety.org/practice-guideline/amr-guidance-2.0/>. Please check website for most updated version of this guidance.

## Infectious Diseases Society of America Guidance on the Treatment of AmpC $\beta$ -lactamase-Producing Enterobacterales, Carbapenem-Resistant *Acinetobacter baumannii*, and *Stenotrophomonas maltophilia* Infections

### Authors

Pranita D. Tamma,<sup>1</sup> Samuel L. Aitken,<sup>2</sup> Robert A. Bonomo,<sup>3</sup> Amy J. Mathers,<sup>4</sup> David van  
Cornelius J. Clancy<sup>6</sup>

Clinical Microbiology and Infection 28 (2022) 521–547



ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

Clinical Microbiology and Infection

journal homepage: [www.clinicalmicrobiologyandinfection.com](http://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com)



### Guidelines

European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID) guidelines for the treatment of infections caused by multidrug-resistant Gram-negative bacilli (endorsed by European society of intensive care medicine)

Mical Paul<sup>1,2,§</sup>, Elena Carrara<sup>3,§</sup>, Pilar Retamar<sup>4,5</sup>, Thomas Tängdén<sup>6</sup>, Roni Bitterman<sup>1,2</sup>, Robert A. Bonomo<sup>7,8,9</sup>, Jan de Waele<sup>10</sup>, George L. Daikos<sup>11</sup>, Murat Akova<sup>12</sup>, Stephan Harbarth<sup>13</sup>, Celine Pulcini<sup>14,15</sup>, José Garnacho-Montero<sup>16</sup>, Katja Seme<sup>17</sup>, Mario Tumbarello<sup>18</sup>, Paul Christoffer Lindemann<sup>19</sup>, Sumanth Gandra<sup>20</sup>, Yunsong Yu<sup>21,22,23</sup>, Matteo Bassetti<sup>24,25</sup>, Johan W. Mouton<sup>26,†</sup>, Evelina Tacconelli<sup>3,27,28,\*</sup>, Jesús Rodríguez-Baño<sup>4,5,§</sup>

# Recommandations pour le traitement des infections dues à des Bacilles à Gram négatif multirésistants

Jeu de diapositives réalisé par le groupe recommandation de la SPILF le 07.09.2022  
essentiellement à partir des recommandations de  
European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases  
&  
Infectious Diseases Society of America

# Questions (adulte & enfant)

- Quelle est l'antibiothérapie de choix pour traiter les infections à enterobacterales résistantes aux C3G (C3G-R) ?
- Quelle est l'antibiothérapie de choix pour traiter les infections à enterobacterales sensibles aux C3G, et à risque moyen ou haut de production d'AmpC ?
- Quelle est l'antibiothérapie de choix pour traiter les infections à enterobacterales résistantes aux carbapénèmes (ERC) ?
- Quelle est l'antibiothérapie de choix pour traiter les infections à *Pseudomonas aeruginosa* résistant aux carbapénèmes (CRPa) ?
- Quelle est l'antibiothérapie de choix pour traiter les infections à *Acinetobacter baumannii* résistant aux carbapénèmes (CRAB) ?

# Quelle est l'antibiothérapie de choix pour traiter les Entérobacterales sensibles aux C3G, et à risque moyen ou haut de production d'AmpC ?

## **Pour le traitement des infections dues à Enterobacter cloacae, Klebsiella aerogenes, et Citrobacter freundii :**

- Céfépime est le traitement recommandé
- Céfotaxime ou ceftriaxone ne sont pas recommandées
- Pipéracilline-tazobactam n'est pas le choix préférentiel :
  - La pipéracilline est un faible inducteur de production d'AmpC et le tazobactam est un faible inhibiteur de son hydrolyse
  - Mais les données cliniques contradictoires ne permettent pas à ce jour sa recommandation.

Pour le traitement des infections dues à des Entérobactérales à faible risque de production d'AmpC il est possible de proposer céfotaxime ou ceftriaxone.

TMP-SMX ou FQ peuvent être proposés après stabilisation clinique et contrôle de la source.

Nitrofurantoïne TMP-SMX, fosfomycine trométamol, Aminoside ou Céfixime peuvent être envisagés pour le traitement d'une cystite.

# Quelle est l'antibiothérapie de choix pour traiter les infections à Entérobacterales résistantes aux carbapénèmes (ERC) ?

## Traitement des infections graves

- **OXA 48 & OXA 48 « like »** : Ceftazidime-avibactam est recommandé y compris chez l'enfant.
- **KPC** : Ceftazidime-avibactam, Meropénème-vaborbactam, ou Imipénème-cilastatin-relebactam sont recommandés.
- **ERC productrices de métallo-bêta-lactamases** et/ou résistantes à tous les autres antibiotiques, y compris Ceftazidime-avibactam et Méropénème-vaborbactam : l'association Aztréonam + Ceftazidime-avibactam ou le Céfidérocol peuvent être proposés après avis spécialisé.

Chez l'enfant l'association Aztréonam + Ceftazidime-avibactam est préférée au Céfidérocol, pour lequel peu de données sont actuellement disponibles.

## Quelle est l'antibiothérapie de choix pour traiter les infections à *Pseudomonas aeruginosa* résistant aux carbapénèmes (CRPa) ?

### Traitement des infections graves

- Ceftolozane-tazobactam est recommandé
- En cas de résistance à Ceftolozane-tazobactam les alternatives sont : Imipénème-relebactam, Céfiderocol et Ceftazidime-avibactam.
- En l'absence d'autre alternative, Colimycine, Aminosides ou Fosfomycine peuvent être discutées sur avis spécialisé

### Traitement des infections non graves

**Ou pour les infections urinaires ou biliaires, bactériémiques ou non, après contrôle de la source**

L'utilisation d'antibiotiques anciens, choisi parmi ceux actifs in-vitro, est de bonne pratique clinique, pour des considérations de politique de bon usage des antibiotiques.



## Quelle est l'antibiothérapie de choix pour traiter les infections à *Pseudomonas aeruginosa* résistant aux carbapénèmes (CRPa) ?

### Associations d'antibiotiques

- En l'absence de données probantes, il n'est pas possible de recommander ou déconseiller l'utilisation d'associations avec les nouveaux  $\beta$ L/ $\beta$ L (Ceftazidime-avibactam et Ceftolozane-tazobactam) ou le Céfiderocol.
- En cas d'utilisation de Colimycine, Aminoside ou Fosfomycine, une association de 2 antibiotiques est **recommandée**.

Aucune recommandation pour ou contre des combinaisons spécifiques ne peut être fournie.

## Quelle est l'antibiothérapie de choix pour traiter les infections à *Pseudomonas aeruginosa* résistant aux carbapénèmes (CRPa) ?

### Associations d'antibiotiques

- En l'absence de données probantes, il n'est pas possible de recommander ou déconseiller l'utilisation d'associations avec les nouveaux  $\beta$ L/ $\beta$ L (Ceftazidime-avibactam et Ceftolozane-tazobactam) ou le Céfiderocol.
- En cas d'utilisation de Colimycine, Aminoside ou Fosfomycine, une association de 2 antibiotiques est **recommandée**.

Aucune recommandation pour ou contre des combinaisons spécifiques ne peut être fournie.



# Quelle posologie?



## ANNEXE 8

### Posologie standard et forte posologie : propositions du groupe de travail SPILF, SFPT & CA-SFM

Depuis quelques années le communiqué du CA-SFM propose en annexe le tableau des posologies établi par l'EUCAST. Cependant, un certain nombre de discordances pouvaient être observées entre les posologies présentées jusqu'à présent dans ce tableau et les schémas posologiques réellement utilisés en France. Ces discordances étaient principalement liées aux raisons suivantes : i) issu d'une concertation européenne, le tableau de l'EUCAST faisait inévitablement l'objet de compromis, et ii) loin d'être un guide thérapeutique, le rôle principal de ce tableau était de lister les posologies minimales requises pour que les catégorisations cliniques obtenues à partir des concentrations et des diamètres critiques établis soient valides. Autrement dit, si l'utilisation de posologies plus élevées que celles proposées par l'EUCAST est possible (sous réserve de ne pas dépasser les seuils de toxicité), l'utilisation de posologies plus faibles peut en revanche présenter le risque que la catégorisation clinique obtenue à partir des valeurs critiques utilisées soit erronée. La mise en place du nouveau système de catégorisation clinique, impliquant désormais de rendre les antibiotiques sensibles « à posologie standard » ou « à forte posologie », rend indispensable la mise à disposition d'un tableau des posologies adapté aux pratiques réelles des prescriptions d'antibiotiques en France. Le nouveau tableau des posologies présenté ci-dessous répond à cet objectif principal, avec le souci de veiller à l'adéquation entre – d'une part – les schémas posologiques proposés, et – d'autre part – les concentrations et diamètres critiques spécifiques de genres et d'espèces ou les concentrations critiques PK/PD « génériques » présentées au chapitre 4. Pour certains antibiotiques, plusieurs schémas posologiques (perfusions courtes, perfusions prolongées ou perfusion continue) sont proposés pour répondre à la diversité des situations cliniques. Des modèles PK/PD ont été utilisés dans certains cas pour vérifier que les posologies adoptées permettent bien d'atteindre les objectifs d'efficacité PK/PD ou pour valider l'équivalence de schémas thérapeutiques alternatifs lorsque plusieurs posologies sont proposées pour une même molécule.

Le nouveau tableau des posologies a été établi conjointement au sein d'un groupe de travail<sup>1</sup> composé de représentants de la SPILF, de la SFPT et du CA-SFM.



Céphalosporines	Posologie standard	Forte posologie	Situations particulières & commentaires
Céfadroxil	50 mg/kg/jour <i>per os</i> en 3 prises toutes les 8 h	Non applicable	
Céfalexine	50 mg/kg/jour <i>per os</i> en 3 prises toutes les 8 h	Non applicable	
Céfazoline	Administration discontinuée : 80 à 100 mg/kg/jour en 3 administrations (perfusions de 60 min toutes les 8 h)	Administration discontinuée : 80 à 100 mg/kg/jour en 3 administrations (perfusions de 60 min toutes les 8 h)	
	Administration continue : 80 à 100 mg/kg/jour en 2 perfusions de 12 h [stabilité jusqu'à 12 h] après dose de charge de 2 g sur 60 min	Administration continue : 80 à 100 mg/kg/jour après dose de charge de 2 g sur 60 min	
Céfépime (hors infection à <i>Pseudomonas</i> spp.)	Administration discontinuée en perfusions courtes : 1 g toutes les 8 h en perfusions de 30 min	Administration discontinuée en perfusions courtes : 2 g toutes les 8 h en perfusions de 30 min	Dans les situations pour lesquelles la souche est catégorisée « SFP », la marge thérapeutique est faible et nécessite un suivi thérapeutique pharmacologique. <b><i>Pseudomonas</i> spp.</b> : forte posologie uniquement.
		Administration discontinuée en perfusions prolongées : 2 g toutes les 8 h en perfusions de 4 h	
		Administration continue : ≥ 4 g/jour [stabilité jusqu'à 8 h] après dose de charge de 2 g en perfusion de 30 min	
Céfépime (infection à <i>Pseudomonas</i> spp.)	Non applicable	Administration discontinuée en perfusions courtes : 2 g toutes les 6 h en perfusions de 30 min	
		Administration discontinuée en perfusions prolongées : 2 g toutes les 8 h en perfusions de 4 h	
		Administration continue : ≥ 6 g/jour [stabilité jusqu'à 8 h] après dose de charge de 2 g en perfusion de 30 min	
Céfidérol	2 g toutes les 8 h en perfusions de 3 h	Non applicable	
Céfixime	0,2 g <i>per os</i> toutes les 12 h	Non applicable	<b>Gonococcie non compliquée</b> : 0,4 g <i>per os</i> en dose unique.

## Utilization of macrolides State of the art 2022 Spilf and GPIIP

## Utilisation des macrolides Etat de l'art 2022 Spilf et GPIIP

Stahl JP<sup>1</sup>, Castan B<sup>2</sup>, Bonnet E<sup>3</sup>, Bru JP<sup>4</sup>, Cohen R<sup>5</sup>, Diamantis S<sup>6</sup>, Faye A<sup>7</sup>, Hitoto H<sup>8</sup>, Issa N<sup>9</sup>, Lesprit P<sup>10</sup>, Maulin L<sup>11</sup>, Poitrenaud D<sup>12</sup>, Raymond J<sup>13</sup>, Strady C<sup>14</sup>, Varon E<sup>15</sup>, Verdon R<sup>16</sup>, Vuotto F<sup>17</sup>, Welker Y<sup>18</sup>, Gauzit R<sup>19</sup>

Le groupe des recommandations de la SPILF a été mandaté par la société savante pour faire une MAP (mise au point) sur les macrolides, en raison de l'absence de recommandations sur leur place dans l'arsenal thérapeutique et de l'arrêt programmé à très court terme de la mise à disposition de la josamycine.

Cette MAP, élaborée à partir d'une revue large de la littérature, n'aborde pas l'utilisation des synergistines (pristinamycine et clindamycine), ni l'effet immuno-modulateur des macrolides.

En cas de remise sur le marché de présentation de josamycine, une mise à jour sera effectuée, en particulier pour les indications pédiatriques.

- 1) Pharmacologie
- 2) ORL
- 3) IGH
- 4) Infection intra-abdominale
- 5) Peau et tissus mous
- 6) Infection respiratoire
- 7) *Helicobacter*





**Propositions du Groupe de Pathologie Infectieuse de la Société Française de Pédiatrie, de l'Association Française de Pédiatrie ambulatoire et de la Société Française de Pathologie Infectieuse de Langue Française face aux fortes tensions d'approvisionnement des formes pédiatriques orales d'amoxicilline et d'amoxicilline-acide clavulanique**

En réponse à la rupture de stock:

- Règle de bon usage
- Alternatives
- Galénique

# 2022 SPILF - Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Disco-Vertebral Infection in Adults

M. LACASSE<sup>a</sup>, S. DEROLEZ<sup>b</sup>, E. BONNET<sup>c</sup>, A. AMELOT<sup>d</sup>, B. BOUYER<sup>e</sup>, R. CARLIER<sup>f</sup>, G. COIFFIER<sup>g</sup>, J.P. COTTIER<sup>h</sup>, A. DINH<sup>i</sup>, I. MALDONADO<sup>j</sup>, F. PAYCHA<sup>k</sup>, J.M. ZIZA<sup>l</sup>, P. BEMER<sup>m</sup>, L. BERNARD<sup>a</sup>, and the Review group.

## Les points-clé

- Des prélèvements disco-vertébraux doivent être effectués si les hémocultures sont négatives.
- La stabilité de la colonne vertébrale doit être évaluée par un spécialiste du rachis.
- L'IRM doit inclure une exploration de toute la colonne vertébrale avec au moins 2 plans orthogonaux pour le(s) niveau(x) affecté(s)
- L'antibiothérapie:
  - Est de 6 semaines
  - Peut être orale d'emblée
  - En cas de traitement IV un relai per os rapide est recommandé
- Le lever précoce des patients est recommandé.



RESEARCH

Open Access



# The 2021 Dutch Working Party on Antibiotic Policy (SWAB) guidelines for empirical antibacterial therapy of sepsis in adults

Elske Sieswerda<sup>1,6\*</sup>, Hannelore I. Bax<sup>2</sup>, Jacobien J. Hoogerwerf<sup>3</sup>, Mark G. J. de Boer<sup>4</sup>, Marja Boermeester<sup>5</sup>, Marc J. M. Bonten<sup>6</sup>, Douwe Dekker<sup>7</sup>, Roy Gerth van Wijk<sup>8</sup>, Nicole P. Juffermans<sup>9</sup>, Marnix Kuindersma<sup>10</sup>, Paul D. van der Linden<sup>11</sup>, Damian C. Melles<sup>12</sup>, Peter Pickkers<sup>13</sup>, Jeroen A. Schouten<sup>13</sup>, Jasper R. Rebel<sup>14</sup>, Arthur R. H. van Zanten<sup>15</sup>, Jan M. Prins<sup>16</sup> and W. Joost Wiersinga<sup>16</sup>

**Table 1** Key questions SWAB guideline for empirical antibacterial therapy of sepsis in adults

## I Causative bacterial pathogens in sepsis

- 1 Which bacteria are most frequently isolated from patients with sepsis in the Netherlands?
- 2 What are the resistance patterns of the most frequently isolated bacteria in patients with sepsis in the Netherlands?
- 3 Which patients are at risk for sepsis due to third-generation cephalosporin-resistant Enterobacterales (3GCR-E) or *P. aeruginosa* in the Netherlands?

## II Empirical antibacterial therapy of sepsis

- 4 What is the importance of appropriate empirical therapy in patients with sepsis?
- 5 What is the effect of double active empirical antibacterial therapy compared to monotherapy in patients with sepsis?
- 6 What is the optimal choice of empirical therapy in patients with sepsis in the Netherlands?
- 7 What is the optimal empirical antibacterial therapy of sepsis in patients with a penicillin allergy?

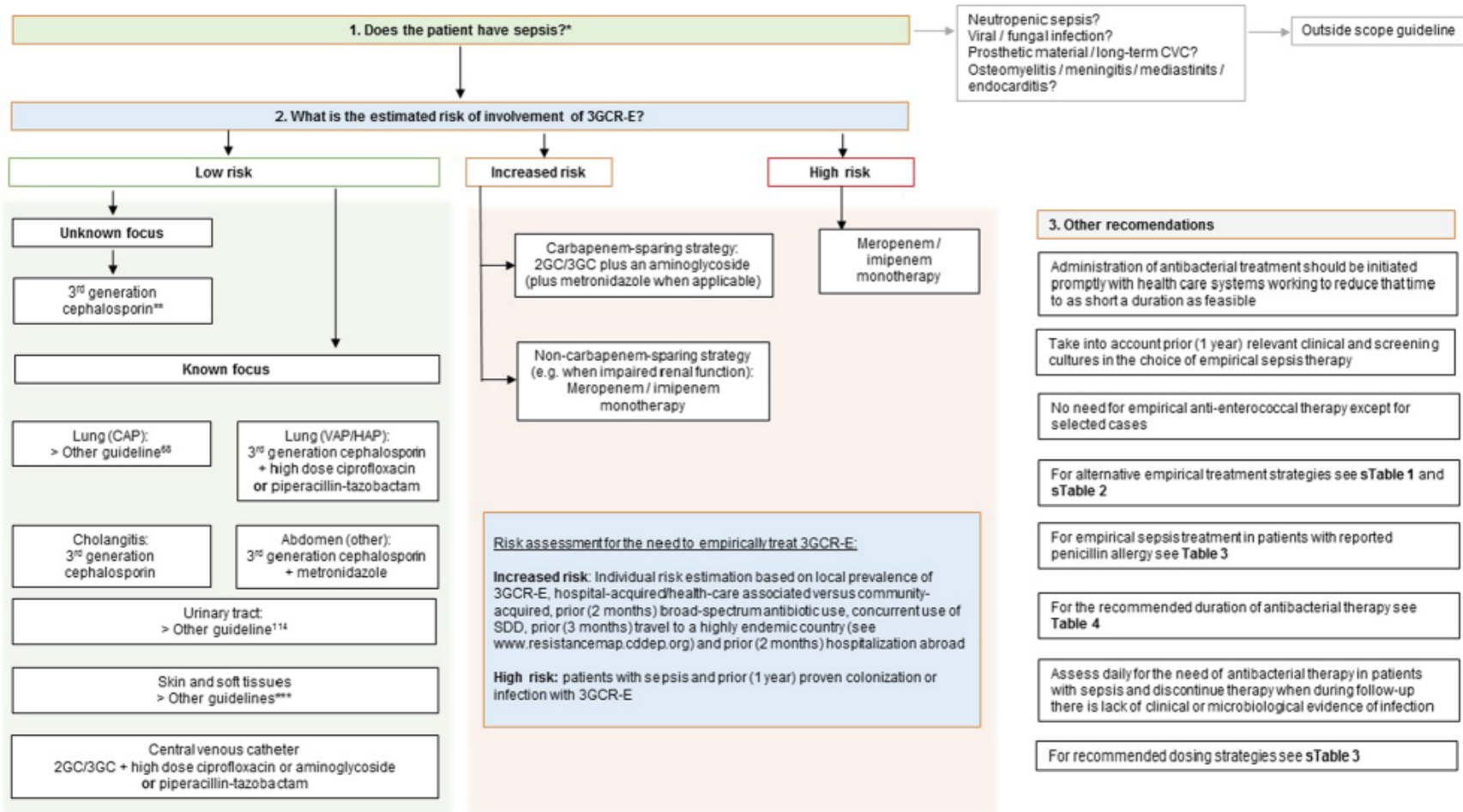
## III Timing and duration of antibacterial therapy in sepsis

- 8 What is the optimal timing of empirical antibacterial therapy in patients with sepsis?
- 9 What is the optimal duration of antibacterial treatment for sepsis?

## IV Pharmacokinetic and pharmacodynamic considerations in sepsis

- 10 In patients with sepsis, should we recommend pharmacokinetic/pharmacodynamic dosing optimization for empirical antibacterial therapy?





**Fig. 1** Flow chart of guideline recommendations on empirical antibiotic treatment of sepsis. \*For the diagnosis and non-antibiotic treatment

# Immunodéprimé:

## Mycobacterial infections in adults with haematological malignancies and haematopoietic stem cell transplants: guidelines from the 8th European Conference on Infections in Leukaemia

*Anne Bergeron, Malgorzata Mikulska, Julien De Greef, Louise Bondeelle, Tomas Franquet, Jean-Louis Herrmann, Christoph Lange, Isabel Spriet, Murat Akova, J Peter Donnelly, Johan Maertens, Georg Maschmeyer, Montserrat Rovira, Delia Goletti, Rafael de la Camara, on behalf of the European Conference on Infections in Leukaemia group*



*Lancet Infect Dis* 2022;  
22: e359–69

Published Online

May 27, 2022

[https://doi.org/10.1016/  
S1473-3099\(22\)00227-4](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(22)00227-4)

Leukemia

[www.nature.com/leu](http://www.nature.com/leu)

REVIEW ARTICLE OPEN



Infectious complications of targeted drugs and biotherapies in acute leukemia. Clinical practice guidelines by the European Conference on Infections in Leukemia (ECIL), a joint venture of the European Group for Blood and Marrow Transplantation (EBMT), the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC), the International Immunocompromised Host Society (ICHS) and the European Leukemia Net (ELN)

Georg Maschmeyer<sup>1</sup>, Lars Bullinger<sup>2</sup>, Carolina Garcia-Vidal<sup>3</sup>, Raoul Herbrecht<sup>4</sup>, Johan Maertens<sup>5</sup>, Pierantonio Menna<sup>6</sup>, Livio Pagano<sup>7</sup>, Anne Thiebaut-Bertrand<sup>8</sup> and Thierry Calandra<sup>9</sup>

© The Author(s) 2022

# Mycobacterial infections in adults with haematological malignancies and haematopoietic stem cell transplants: guidelines from the 8th European Conference on Infections in Leukaemia



Anne Bergeron, Malgorzata Mikulska, Julien De Greef, Louise Bondeelle, Tomas Franquet, Jean-Louis Herrmann, Christoph Lange, Isabel Spriet, Murat Akova, J Peter Donnelly, Johan Maertens, Georg Maschmeyer, Montserrat Rovira, Delia Goletti, Rafael de la Camara, on behalf of the European Conference on Infections in Leukaemia group

	Grading
<b>Patients to target</b>	
Only the high-risk subpopulation of HSCT recipients and patients with haematological malignancies should be considered for treatment preventing active tuberculosis development	Allu
<b>Factors associated with a high risk of developing active tuberculosis in HSCT recipients and patients with haematological malignancies are:</b>	
Patients from countries or communities with a high incidence of tuberculosis ( $\geq 100$ per 100 000 population)*	CIII
People referring exposure to a patient with contagious tuberculosis	Allt
People with pleuro-parenchymal imaging abnormalities (mainly on the upper lobes) suggestive of previous tuberculosis in patients who had not received appropriate anti-tuberculosis treatment	BIIIt
Patients who receive ruxolitinib if epidemiological risk factors are substantial (eg, patient history and endemic areas) <sup>27</sup>	BIIlu
Special attention should be paid to the risk of primary infection or re-infection throughout the haematological follow-up	AIII

<b>Strategies for management of the risk of tuberculosis infection in high-risk HSCT recipients and patients with haematological malignancies</b>	
Provide preventive therapy without screening	NA
Screen patients with immune-based tests keeping in mind their limitations and:	
Provide preventive therapy to those who scored positive after excluding active tuberculosis	NA
Exclude active tuberculosis in those who scored indeterminate and consider preventive therapy depending on the risk estimation of future active tuberculosis	NA
Do not treat if scored negative after accurate estimation of the risk for active tuberculosis development	NA
Do not screen and do not provide preventive therapy considering the benefit-risk ratio	NA
<b>Other considerations</b>	
For decision of screening and initiating tuberculosis prophylaxis, consider the prognosis of the haematological malignancy and patients' characteristics, especially age	BIII
Preventive therapy should be administered for close and long lasting contact with active pulmonary or laryngeal tuberculosis, regardless of the patient's TST or IGRA status	Allt
Patients who previously had active tuberculosis that was correctly treated† do not need to be screened or receive a preventive treatment	Allt
For patients who had previous active tuberculosis that was not treated appropriately, seek expert advice, and consider full tuberculosis treatment or preventive treatment depending on the tuberculosis history	Allt
IGRA=interferon- $\gamma$ release assay. TST=tuberculin skin test. See appendix p 3 for more details on grades. *Tuberculosis incidence in European countries can be found at the European Centre for Disease Prevention and Control. <sup>27</sup> †Refer to the treatment of active tuberculosis section.	
<b>Table 1: ECIL recommendations for strategy of screening latent tuberculosis infection</b>	

**REVIEW ARTICLE** **OPEN**

Infectious complications of targeted drugs and biotherapies in acute leukemia. Clinical practice guidelines by the European Conference on Infections in Leukemia (ECIL), a joint venture of the European Group for Blood and Marrow Transplantation (EBMT), the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC), the International Immunocompromised Host Society (ICHS) and the European Leukemia Net (ELN)

Georg Maschmeyer<sup>1</sup>, Lars Bullinger<sup>2</sup>, Carolina Garcia-Vidal<sup>3</sup>, Raoul Herbrecht<sup>4</sup>, Johan Maertens<sup>5</sup>, Pierantonio Menna<sup>6</sup>, Livio Pagano<sup>7</sup>, Anne Thiebaut-Bertrand<sup>8</sup> and Thierry Calandra<sup>9</sup>

© The Author(s) 2022

- Risques infectieux en fonction de nouvelles biothérapies
- Recommandations sur les prophylaxies et/ou attitudes thérapeutiques

# COVID: recommendations ESCMID

Clinical Microbiology and Infection 28 (2022) 812–822

Contents lists available at [ScienceDirect](#)



Clinical Microbiology and Infection 28 (2022) 955–972

Clinical Microbiology and Infection

journal homepage: [www.clinicalmicrobiologyandinfection.com](http://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com)



ELSEVIER

Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Clinical Microbiology and Infection

journal homepage: [www.clinicalmicrobiologyandinfection.com](http://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com)



ESCMID

Guidelines

ESCMID COVID-19 guidelines: diagnostic testing for SARS-CoV-2

Paraskevi C. Fragkou<sup>1,2</sup>, Giulia De Angelis<sup>3,4,†</sup>, Giulia Menchinelli<sup>3</sup>, Federico Garcia<sup>7,8,§</sup>, Florence Morfin-Sherpa<sup>9,§</sup>, Dimitra Dimopoulou<sup>10</sup>, Elisabeth Mack<sup>11</sup>, Adolfo de Salazar<sup>7,8</sup>, Adriano Grossi<sup>12</sup>, Theodore Chrysanthi Skevaki<sup>2,14,\*</sup>

Guidelines

ESCMID rapid guidelines for assessment and management of long COVID

Dana Yelin<sup>1,2</sup>, Charalampos D. Moschopoulos<sup>3</sup>, Ili Margalit<sup>1,2,4</sup>, Effrossyni Gkrania-Klotsas<sup>5</sup>, Francesco Landi<sup>6</sup>, Jean-Paul Stahl<sup>7</sup>, Dafna Yahav<sup>3,4,\*</sup>



ELSEVIER

journal homepage: [www.clinicalmicrobiologyandinfection.com](http://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com)



Guidelines

ESCMID COVID-19 living guidelines: drug treatment and clinical management

Michele Bartoletti<sup>1,2,\*</sup>, Ozlem Azap<sup>3</sup>, Aleksandra Barac<sup>4,5</sup>, Linda Bussini<sup>1</sup>, Onder Ergonul<sup>6</sup>, Robert Krause<sup>7</sup>, José Ramón Paño-Pardo<sup>8,9</sup>, Nicholas R. Power<sup>10</sup>, Marcella Sibani<sup>11</sup>, Balint Gergely Szabo<sup>12,13</sup>, Sotirios Tsiodras<sup>14</sup>, Paul E. Verweij<sup>15</sup>, Ines Zollner-Schwetz<sup>7</sup>, Jesús Rodríguez-Baño<sup>16</sup>



ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

Clinical Microbiology and Infection

journal homepage: [www.clinicalmicrobiologyandinfection.com](http://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com)



#### Guidelines

#### ESCMID COVID-19 guidelines: diagnostic testing for SARS-CoV-2

Paraskevi C. Fragkou<sup>1,2</sup>, Giulia De Angelis<sup>3,4,†</sup>, Giulia Menchinelli<sup>3,4,†</sup>, Fusun Can<sup>5,6,§</sup>,  
Federico Garcia<sup>7,8,§</sup>, Florence Morfin-Sherpa<sup>9,§</sup>, Dimitra Dimopoulou<sup>2,10</sup>,  
Elisabeth Mack<sup>11</sup>, Adolfo de Salazar<sup>7,8</sup>, Adriano Grossi<sup>12</sup>, Theodore Lytras<sup>13</sup>,  
Chrysanthi Skevaki<sup>2,14,\*</sup>

- Positionnement des différents
  - tests diagnostics: Antigéniques, PCR, questionnaires
  - Mode de prélèvement: NP, salivaire
- En fonction de chaque situation clinique



ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

# Clinical Microbiology and Infection

journal homepage: [www.clinicalmicrobiologyandinfection.com](http://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com)

## Guidelines

### ESCMID COVID-19 living guidelines: drug treatment and clinical management

Michele Bartoletti <sup>1, 2, \*</sup>, Ozlem Azap <sup>3</sup>, Aleksandra Barac <sup>4, 5</sup>, Linda Bussini <sup>1</sup>, Onder Ergonul <sup>6</sup>, Robert Krause <sup>7</sup>, José Ramón Paño-Pardo <sup>8, 9</sup>, Nicholas R. Power <sup>10</sup>, Marcella Sibani <sup>11</sup>, Balint Gergely Szabo <sup>12, 13</sup>, Sotirios Tsiodras <sup>14</sup>, Paul E. Verweij <sup>15</sup>, Ines Zollner-Schwetz <sup>7</sup>, Jesús Rodríguez-Baño <sup>16</sup>

- Positionnement des différentes molécules:
  - Anticorps: monoclonaux, plasma de convalescents
  - Corticoïdes, tocilizumab, remdesivir
  - HCQ, ivermectine, colchicine, azithromycine, IFN
  - Antibiotique, antifongique
  - Favipravir
  - Anticoagulants

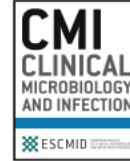


ELSEVIER

Contents lists available at [ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com)

## Clinical Microbiology and Infection

journal homepage: [www.clinicalmicrobiologyandinfection.com](http://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com)



### Guidelines

## ESCMID rapid guidelines for assessment and management of long COVID

Dana Yelin <sup>1,2</sup>, Charalampos D. Moschopoulos <sup>3</sup>, Ili Margalit <sup>1,2,4</sup>,  
Effrossyni Gkrania-Klotsas <sup>5</sup>, Francesco Landi <sup>6</sup>, Jean-Paul Stahl <sup>7</sup>, Dafna Yahav <sup>3,4,\*</sup>

- Définition
- Symptômes
- Examens complémentaires
- Prise en charge



# Autres

Infectious Diseases Now 52 (2022) 61–67



ELSEVIER

Available online at

ScienceDirect

[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Elsevier Masson France

EM|consulte


[www.em-consulte.com/en](http://www.em-consulte.com/en)



Review

## Addressing sexuality and sexual health with migrants. Practice guidelines

Hugues Cordel<sup>a</sup>, Claire Tantet<sup>a</sup>, Tatiana Stempak<sup>b</sup>, Eric Billaud<sup>c</sup>, Emilie Mosnier<sup>d,e</sup>, Florence Huber<sup>f,g</sup>, Sophie Florence<sup>h</sup>, Delphine Leclerc<sup>a</sup>, Anaeza Freire-Maresca<sup>a,i</sup>, Hélène de Champs Léger<sup>j</sup>, Marie Ahouanto<sup>k</sup>, François Linard<sup>l</sup>, Marie Petruzzi<sup>m</sup>, Emmanuelle Hamel<sup>n</sup>, Emmanuelle Le Lay<sup>n</sup>, Nathalie Lydi e<sup>n</sup>, Anna Simon<sup>o</sup>, Leslie Alcouffe<sup>p</sup>, Nicolas Vignier<sup>a,b,q,r,s,\*</sup>



Mise au point sur le traitement des infections à *Clostridioides difficile* chez l'adulte

Jeu de diapositives r alis e par le groupe recommandation de la SPILF  
le 09.02.2022

  partir des recommandations de l'[European Society of Clinical Microbiology](http://www.escmid.org)  
and [Infectious Diseases](http://www.infectiousdiseases.com)

Merci pour votre attention