



# Journée régionale des ANTIBIOREFERENTS des Pays de la Loire

## ATELIER D :

**Bactériémie à staphylocoque : quels enjeux ? Quelle prise en charge ?  
Comment inciter à l'avis infectiologique ?**

**Dre Lucia Grandiere Perez**, infectiologue, EMA 72, CH Le Mans

**Dre Aurélie Marquet**, Pharmacien et Hygiéniste, EMA 49.53, CH Laval et Mayenne

**Odile Curez**, IDE, EMA 49.53, CH Laval

Mr Sa. 70 ans vient pour fièvre 38,5°C depuis 3 jours, sans point d'appel et sans gravité.

Un prélèvement d'hémoculture en ville est positif à cocci Gram+ en amas (2/2 flacons).

Il est porteur d'un pace maker depuis 10 ans et ne fréquente pas les lieux de soins.

- Je prélève 4 flacons d'hémocultures puis le surveille
- Je prélève 2 flacons d'hémocultures que je répète dans l'heure puis je le surveille.
- Je prélève 2 flacons d'hémocultures que je répète dans l'heure puis je le traite par cefazoline IV continu.



# LES ENJEUX



## LES ENJEUX

- **Mortalité élevée** des patients ayant une bactériémie à SA : environ 20% à J30 (1)
- Facteurs de risque de décès:
  - Âge, choc septique, absence de porte d'entrée, comorbidités
  - Bactériémie persistante >48h sous traitement adapté
  - Rapidité de positivité des hémocultures <13h (2)
- La mortalité est diminuée si **l'antibiothérapie adaptée est débutée rapidement** (1,3,4).

1 J van Hall CMR, 2012,  
2 Siméon CMI2017  
3 Leibovici JIM 1998,  
4 Lodise CID 2003



**Quelle prise en charge?**



# LES RECOMMANDATIONS

Définition Bactériémie *S. aureus* **non compliquée** =

- Absence de localisation secondaire
- Négativation des hémocultures dans les 48h de l'antibiothérapie adaptée
- Apyrexie à 72h
- Absence d'endocardite
- Absence de matériel et/ou prothèse

- Le Bot Lettre infectiologue 2024
- Liu IDSA CID 2011
- Bai CanadianMAJ 2019
- Australia guidelines 2019



## LES RECOMMANDATIONS

- **Bilan d'extension** indispensable
  - Recherche endocardite, spondylodiscite, abcès profond, +/- thrombophlébite
- Contrôle de la **porte d'entrée** et des localisations secondaires
  - retrait des cathéters, drainage abcès, +/- changements de prothèse
- Antibiothérapie efficace la plus rapide possible
- Contrôle des hémocultures



# LES RECOMMANDATIONS

Antibiothérapie efficace IV la plus rapide possible, adaptée à la fonction rénale

- Profil communautaire (suspicion SASM): céfazoline (mieux toléré mais doute sur effet inoculum) > oxa/cloxacilline
- Profil nosocomial (suspicion SARM) :
  - Vancomycine IV continu
  - ou daptomycine (bactéricidie *in vitro* plus rapide, 8mg/kg, arrêter statines; attention inactivation par le surfactant pulmonaire),
  - Lors de la réception de l'antibiogramme:
    - si SASM: mettre cefazoline;
    - si SARM avec CMI Vanco >1: mettre daptomycine
- En cas de sepsis, choc : ajout d'aminoside (gentamicine)





# LES RECOMMANDATIONS

## Durée de l'antibiothérapie:

- bactériémie non compliquée: 14 jours
- Bactériémie compliquée: 4 à 6 semaines



**Comment solliciter l'avis :  
RETEX de la mise en place dans le GHT 53**

## CONTEXTE DE LA MAYENNE

- Absence d'infectiologue sur le département depuis juin 2020
- Création de l'EMA 49.53 en novembre 2022
- GCS Laboratoire de biologie médicale avec les 3 MCO du département
- Les priorités lors de la mise en place
  - Staff hebdomadaire
  - Consultations avancées
  - Formation des internes
  - EPP sur les bactériémies à *Staph aureus* en 2023

## Quelques résultats de l'EPP

### **Objectif principal**

Évaluer la prise en charge des bactériémies à *Staphylococcus aureus* dans le 53

### **Objectifs secondaires**

Comparer les données avec les données du 72

Améliorer la prise en charge des bactériémies

### **Méthodologie**

Extraction des hémocultures positives à *Staphylococcus aureus* sur le CH de Laval et le CH du Nord Mayenne de 2022

Exclusion des patients mineurs

Méthodologie et grille identique au CH du Mans

### **Référentiel**

Identique au GHT72

## RECOURS A UN AVIS INFECTIOLOGIQUE

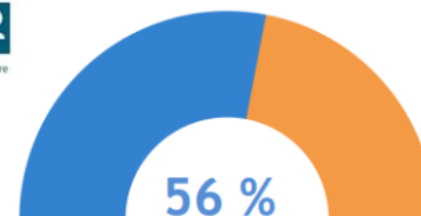


**44 dossiers inclus**

23 dossiers CHL

21 dossiers CHNM

Avis infectiologique dans **43,2 %** (19/44)



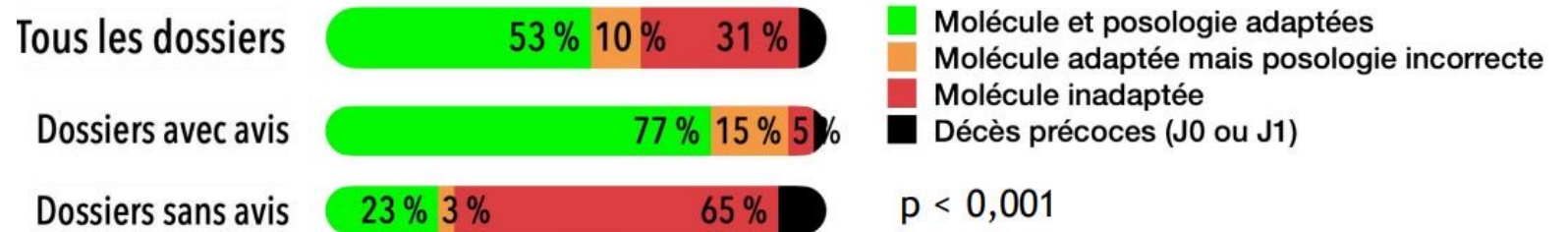
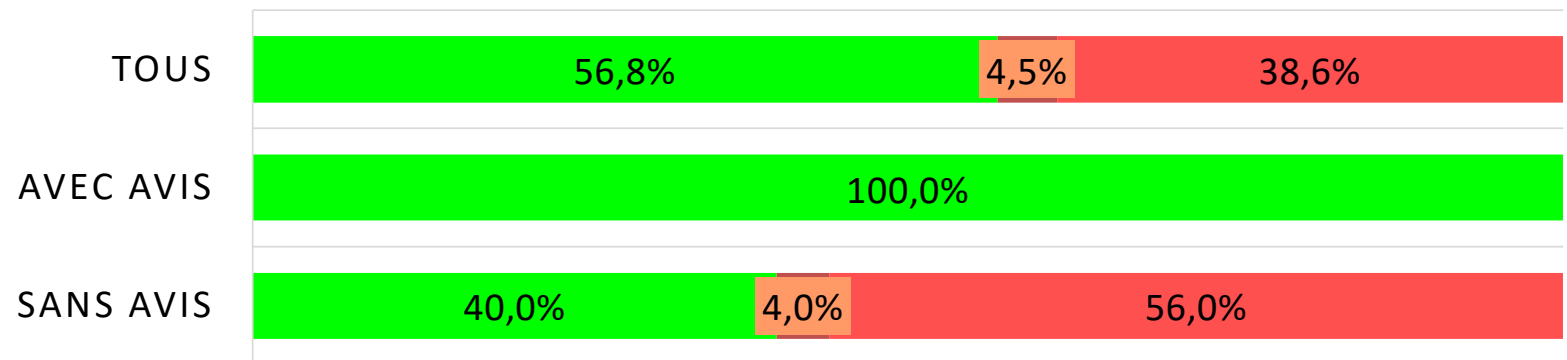
### Description de la population selon l'avis

	Tous les dossiers	Avec avis (19)	Sans avis (25)
Age médian	77 [26;95]	74	82
Sexe masculin	29 (65,9 %)	12	17
IMC médian	27 [18,4; 44,3]	29,1	24,6
DFG	54,4 [12,8;96]	56,6	53,5
Allergie pénicilline	3 (6,8%)	2	1
SARM	5 (11,4%)	2	3
Décès précoce (J0 ou J1)	0	0	0

## CRITERES DE QUALITE/ANTIBIOTHERAPIE ADAPTEE



- MOLECULE ET POSOLOGIE ADAPTEES
- MOLECULE ADAPTEE MAIS POSOLOGIE INCORRECTE
- MOLECULE INADAPTEE

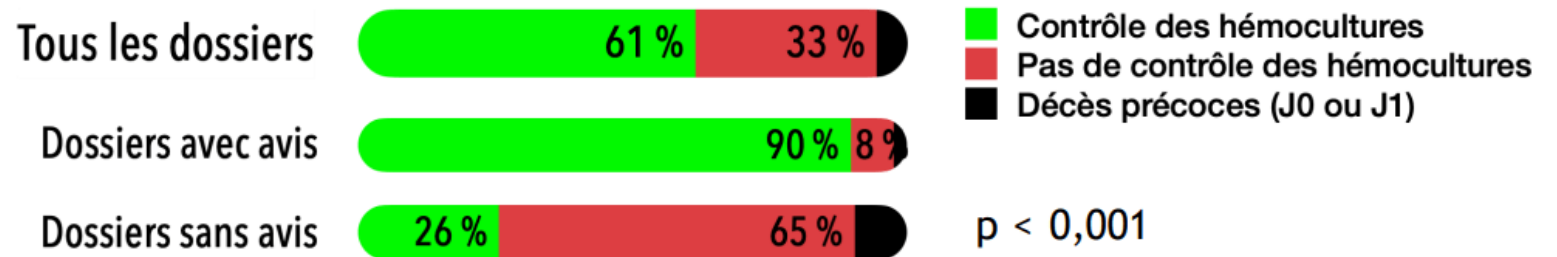
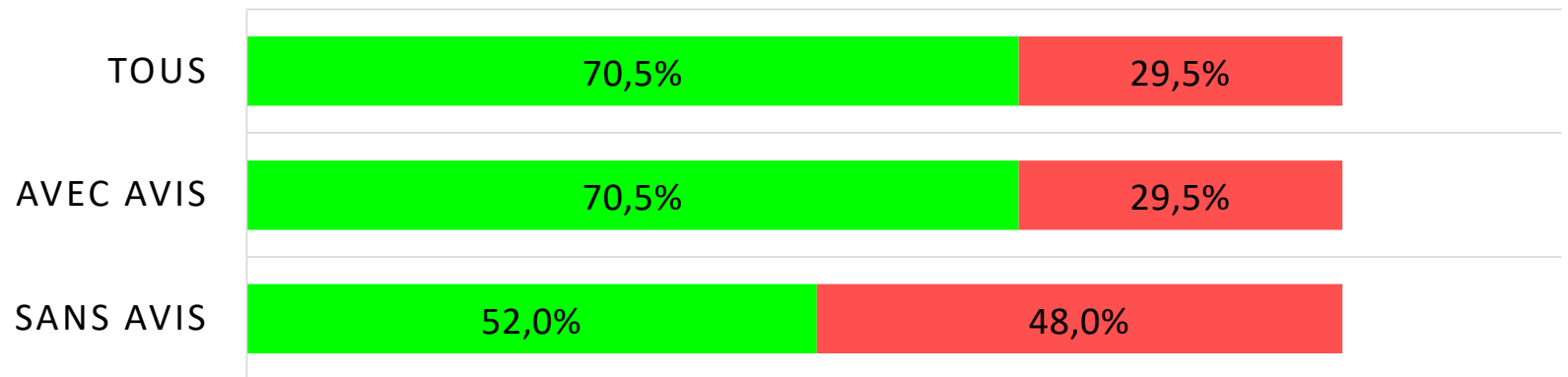


## CRITERES DE QUALITE/CONTRÔLE SYSTEMIQUE DES HEMOCULTURES



p > 0,01

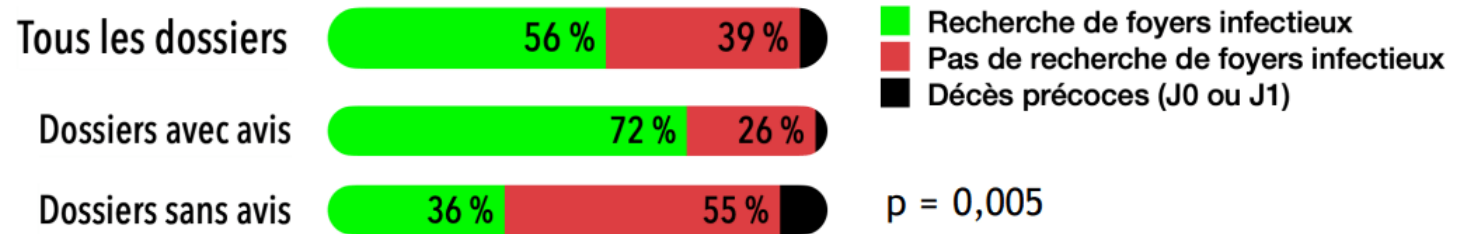
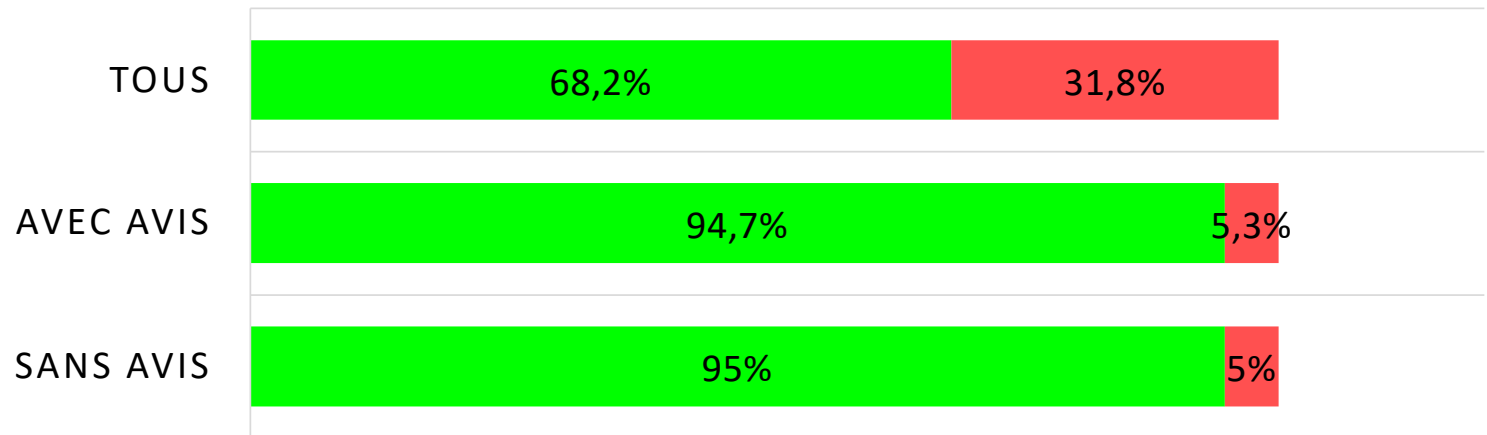
■ CONTRÔLE DES HEMOCULTURES ■ NON CONTROLES DE HEMOCULTURES



# CRITERES DE QUALITE/RECHERCHE DES FOYERS INFECTIEUX



■ RECHERCHE DES FOYERS INFECTIEUX    ■ PAS DE RECHERCHE

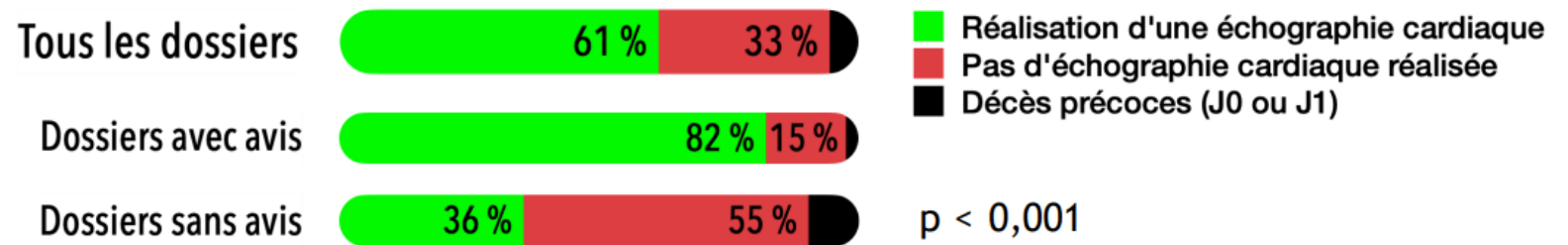
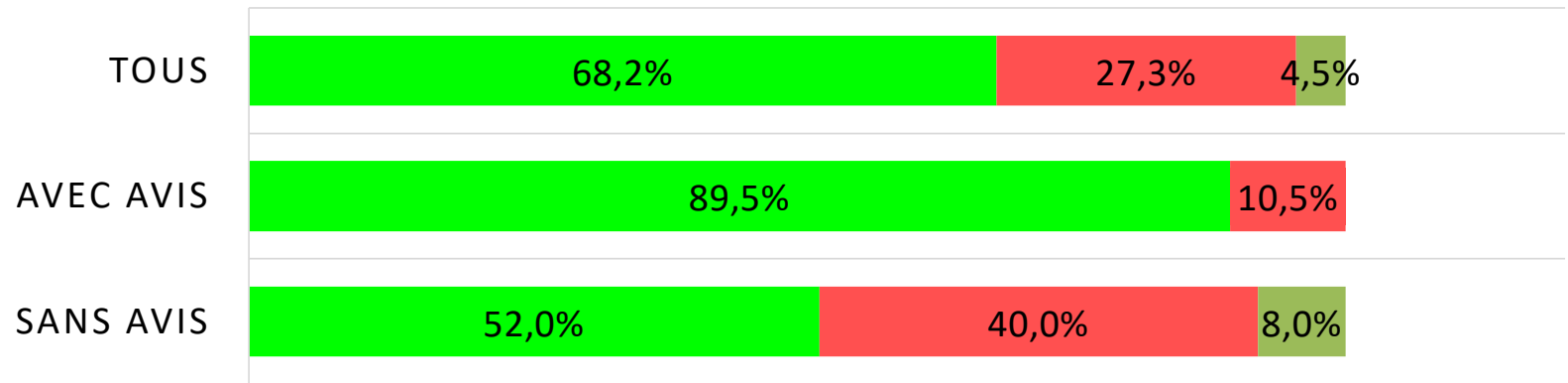




## CRITERES DE QUALITE/REALISATION D'UNE ECHOGRAPHIE CARDIAQUE



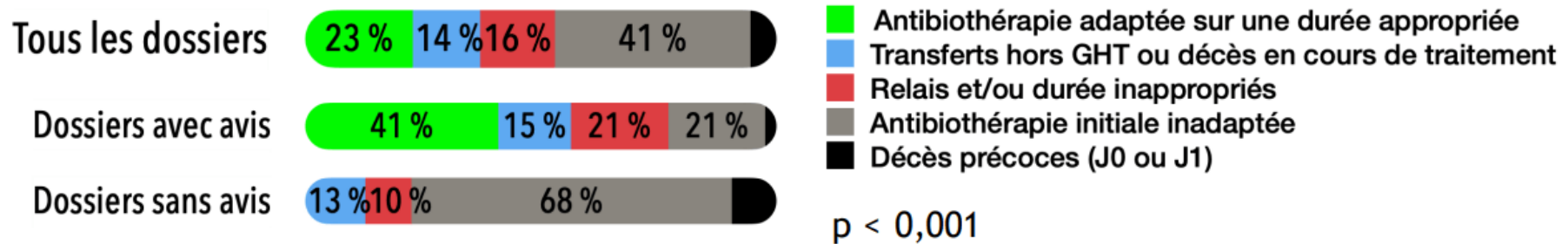
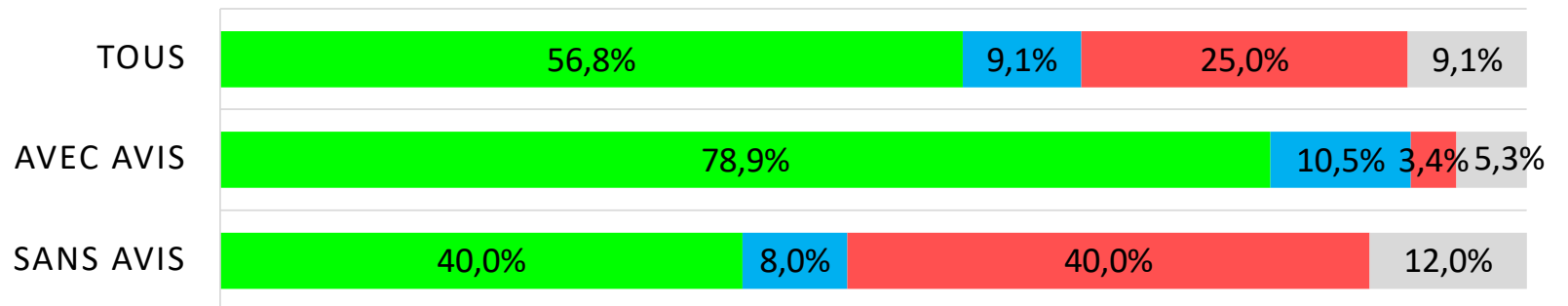
- REALISATION D'UNE ECHOGRAPHIE CARDIAQUE
- NON REALISATION
- SCORE VIRSTA NON EN FAVEUR



## CRITERES DE QUALITE/DUREE DE L'ANTIBIOTHERAPIE



- ATB ADAPTEE SUR UNE DUREE APPROPRIEE
- TRANSFERT HORS OU DECES EN COURS DE TTT
- RELAI ET/OU DUREE INAPROPRIES
- ATB INITIALE INADAPTEE



## Mise en place du suivi des bactériémies

### ➤ **Le projet**

Suivi des bactériémies à *Staph aureus* sur les 3 MCO du département

### ➤ **Les partenaires**

Biologistes médicaux

Infectiologues du CHU

Antibioréférents

Médecins de médecine interne + endocrinologues du CH de Laval

Pharmaciens

➤ Réflexion initiée sur l'organisation courant 2024 et mis en place effective avec l'arrivée d'une IDE

→ **Du TEMPS**

## Mise en place du suivi des bactériémies

### ➤ Les Pré-requis

*1/ La logistique* : un bureau, un téléphone, une adresse mail, un ordinateur portable, accès au DPI des 3 ES  
Accès au DPI avec possibilités de mettre une observation IDE EMA

### *2/ La communication*

Auprès des établissements, du GHT  
Note de service du 22/11/2024

### *3/ La formalisation de l'organisation*

Fiche de recueil des bactériémies à *staph* et tableau de suivi

		PRECISEZ	PRECISEZ	
P A T I E N T	Date (jj/mm/aaaa)			
	Service, Hopital			
	Médecin référent	<i>NOM et coordonnées téléphoniques</i>		
	NOM Prénom du patient			
	Date de naissance (jj/mm/aaaa)			
	Âge			
	Poids			
	Taille			
	clairance créatinine			
	allergie	<i>Oui/Non</i>	<i>molécule</i>	
	KT	<i>Oui/Non</i>	<i>Picline/Midline/CIP/VVP/autre</i>	
	Pace maker	<i>Oui/Non</i>		
	Prothèse articulaire	<i>Oui/Non</i>	<i>précisez</i>	
	Prothèse vasculaire	<i>Oui/Non</i>	<i>précisez</i>	
	Toxicomanie	<i>Oui/Non</i>		
Terrain valvulaire		<i>précisez</i>		
Score VIRSTA*				
Date hospitalisation	<i>date du début du séjour hospitalier (1er service d'accueil)</i>			
B A C T E R I O	HC + à <i>S. aureus</i>	<i>précisez toutes les dates des HC +</i>	<i>précisez le temps de pousse</i>	
	Date des 1ères HC négatives ou de statut "en cours"	<i>précisez date ou "aucune"</i>		
	Autre(s) germe(s) dans les HC	<i>Identification</i>	<i>date</i>	<i>résultat de la culture</i>
	Autre prélèvement microbio	<i>Nature du prélèvement</i>	<i>date</i>	<i>résultat de la culture</i>
	Autre prélèvement microbio	<i>Nature du prélèvement</i>	<i>date</i>	<i>résultat de la culture</i>
	Autre prélèvement microbio	<i>Nature du prélèvement</i>	<i>date</i>	<i>résultat de la culture</i>
I M A G E R I E	Hypothèse porte d'entrée	<i>Suspectée/Inconnue</i>	<i>site clinique, matériel...</i>	
	ETT réalisée	<i>Oui/Non/RDV en attente</i>	<i>date</i>	<i>résultats de l'ETT si réalisée</i>
	ETO réalisée	<i>Oui/Non/RDV en attente</i>	<i>date</i>	<i>résultats de l'ETO si réalisée</i>
	Echo Doppler si KTC	<i>Oui/Non/Non indiqué</i>	<i>date</i>	<i>résultats écho Doppler si réalisé</i>
	Imagerie		<i>TDM/IRM/TEP</i>	<i>date</i>
		<i>TDM/IRM/TEP</i>	<i>date</i>	<i>site exploré et résultats</i>
		<i>Autre : précisez type d'examen</i>	<i>date</i>	<i>site exploré et résultats</i>
T T	Antibiothérapie antérieure	<i>Oui/Non</i>	<i>molécule(s), dates début/fin et posologie</i>	
	Antibiothérapie actuelle	<i>molécule, posologie</i>	<i>date de début</i>	

Suivi à

- situation basale
- J +2/3
- J +7
- J +30

## 2/L'organisation mise en place

### 1/ Passage au labo quotidien vers 11h

Réception des hémocs qui ont poussées (sur les dernières 24 h/sur le Week-end)

Consultation du dossier avec le biologiste

Appel du biologiste au médecin prenant en charge le patient.

### 2/Renseignement du tableau de suivi

Formulaire de recueil complété avec les données cliniques et biologiques pertinentes

### 3/Proposition d'un avis infectio

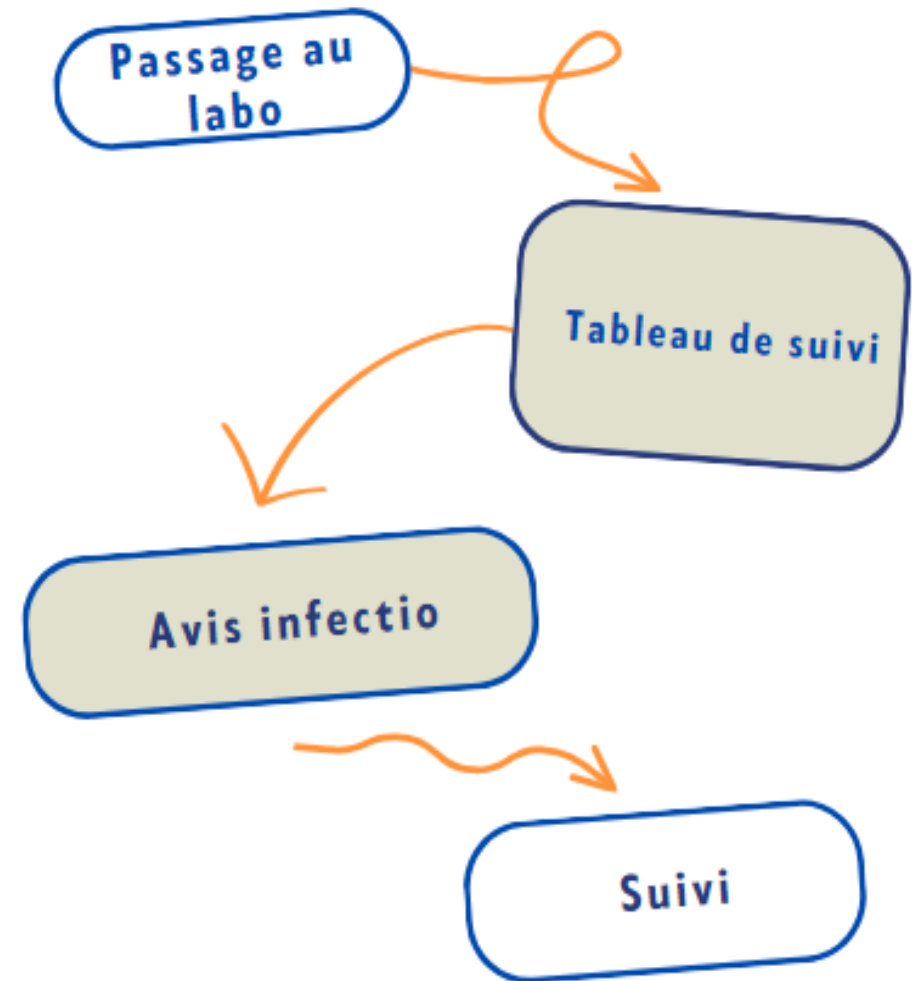
Appel téléphonique (traçabilité dans les observations médicales).

(Télé-expertise *via* Omnidoc)

### 4/Déplacement dans le service si besoin.

### 5/Suivi des dossiers

Décès éventuel, complications, Hémocs, ETT





### 3/Le bilan à 3 mois

#### Ce qui marche

- La réactivité dès la positivité de l'hémoculture
- Le lien avec le labo, la médecine interne, les infectiologues, le pharmacien
- Le lien avec les IDE des services

#### Les difficultés

- **Le relationnel** avec les médecins : bon tempo, bonne prise en charge

*Ex : pneumo/Infectio :*

Aspect interventionnel d'un des med, non souhaité par l'autre

Trouver le bon tempo, sa place, se faire connaître (activité récente sur le CH)

L'interface entre plusieurs spécialités

Être conscient de la différence entre la prise en charge théorique souhaitée et l'état clinique du patient. Mais aussi, différence d'approche entre les médecin et IDE.

→ Replacer la prise en charge autour du patient

### 3/Le bilan à 3 mois

#### Les difficultés

- **L'administratif**

- **La technique**

*Accès au DPI des 3 ES*

- **Développer ses connaissances en matière d'infectiologie**





## **4/ Les perspectives**

### **La formation des IDE**

Impact de la qualité du prélèvement des hémocultures sur la prise en charge.

### **La communication**

Distribution des flyers ATB aux médecins et aux internes

### **L'extension de la surveillance**

A d'autres germes d'intérêt comme le CD

### **Consultation infectiologique systématique**

Pour les endocardites à M1-M3

### **Des liens à développer**

La pharmacie pour le suivi thérapeutique

L'EOH pour les infections associées aux soins



# LES OUTILS



Disponible en ligne sur  
**ScienceDirect**  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
[www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)

---

---

Médecine et  
maladies infectieuses

---

---

Médecine et maladies infectieuses 46 (2016) 242–268

Recommandation/Recommandations

## Preparing and administering injectable antibiotics: How to avoid playing God<sup>◇</sup>

*Préparation et administration des antibiotiques par voie injectable : comment éviter de jouer à l'apprenti sorcier*

P. Longuet<sup>a</sup>, A.L. Lecapitaine<sup>b</sup>, B. Cassard<sup>c</sup>, R. Batista<sup>d</sup>, R. Gauzit<sup>e,\*</sup>, P. Lesprit<sup>f</sup>, R. Haddad<sup>g</sup>,  
D. Vanjak<sup>h</sup>, S. Diamantis<sup>i</sup>, Groupe des référents en infectiologie d'Île-de-France (GRIF)

<sup>a</sup> *Équipe mobile d'antibiothérapie, centre hospitalier V. Dupouy, Argenteuil, France*

<sup>b</sup> *Service de médecine interne et maladies infectieuses, hôpital Robert-Ballanger, Aulnay-sous-Bois, France*

<sup>c</sup> *Service de pharmacie, hôpital de Melun, Melun, France*

<sup>d</sup> *Service de pharmacie, hôpital Cochin, AP-HP, Paris, France*

<sup>e</sup> *Service de réanimation thoracique, hôpital Cochin, AP-HP, Paris, France*

<sup>f</sup> *Service de biologie clinique, hôpital Foch, Suresnes, France*

<sup>g</sup> *Service de pharmacie, hôpital Antoine-Béclère, AP-HP, Clamart, France*

<sup>h</sup> *Unité de contrôle de l'infection, institut Curie, Paris, France*

<sup>i</sup> *Service de médecine interne et maladies infectieuses, hôpital de Melun, Melun, France*

Received 20 November 2015; accepted 29 January 2016

Available online 21 April 2016

MOLECULE	RECONSTITUTION	VOIE	C MAXIMALE DILUTION	SOLUTE DE DILUTION	POSO par 24 h	DILUTION ET ADMINISTRATION	STABILITE	REMARQUE
ACICLOVIR	EPPI NaCl 0,9% 25 mg/ml	IVL	5 mg/ml	EPPI NaCl 0,9%		250 mg dans 50 ml	Utilisation immédiate	Injection en une heure minimum Ne pas utiliser en cas de trouble ou de cristallisation
AMIKACINE	EPPI 4 ml/500 mg	IVL	20 mg/ml	NaCl G 5%		Perfusion de 30 min 500 mg dans 25 ml	24 heures 25°C	Pas d'IVD, ni de SC IM possible, à éviter
AMPHOTERICINE B	EPPI G 5%	IVL		G 5%		500 ml	Utilisation immédiate	Dose test de 1 mg/20 mL en IVL (20 à 30 min) pour mettre en évidence une éventuelle allergie
AMOXICILLINE	EPPI 20 ml pour 1 g	P	20 mg/ml	NaCl 0,9%	6 g	2 g dans 100 ml sur 8 h 3/ j	8 heures 25°C	
					9 g	3 g dans 150 ml sur 8h 3/ j		
					12 g	4 g dans 200 ml sur 8h 3/ j		
		IVD				1 g par IVD 3-4 minutes		
	IVL		2 g chez l'adulte 50mg/kg chez l'enfant 30-60 minutes					
	EPPI 5 ml pour 1 g	IM						
AMOXICILLINE/ ACIDE CLAVULANIQUE	EPPI NaCl 0,9% 20ml pour 1 g	IVD	20 mg/ml	NaCl 0,9%		1 g chez adulte 25 mg/kg chez l'enfant 3-4 minutes	Utilisation immédiate	Dose maximale acide clavulanique chez adulte 200mg/injection Terminer la perfusion au maximum 1 h après la dilution
		IVL				2 g dans 100 ml chez l'adulte 50 mg/kg chez l'enfant 30-60 minutes		

MOLECULE	RECONSTITUTION	VOIE	C MAXIMALE DILUTION	SOLUTE DE DILUTION	POSO par 24 h	DILUTION ET ADMINISTRATION	STABILITE	REMARQUE
CLINDAMYCINE	Solution prête à l'emploi	SE	60 mg/ml	NaCl 0,9%	2,4 g	2,4 g dans 48 ml sur 24h	24 heures 25°C	Vitesse : 30 mg/min Ne pas dépasser 1200 mg/h Ne pas administrer chez enfant < 30 jours
		IVL		NaCl 0,9% G 5%		600 mg dans 50 ml Perfusion en 20 min minimum Vitesse injection 30mg/min maximum		
		IM				IM possible si dose < 600 mg		
CLOXACILLINE	EPPI NaCl 0,9% G 5% 20 ml pour 1 g	P	50 mg/ml	G 5%	6 g	6 g dans 120 ml sur 24h	24 heures 25°C	
					8 g	8 g dans 160 ml sur 24h		
					10 g	10 g dans 200 ml sur 24h		
					12 g	12 g dans 240 ml sur 24h		
		IVL				Perfusion IV en 60 min		
DAPTOMYCINE	NaCl 0,9% 7 ml pour 350 mg 10 ml pour 500 mg	IVD				2-3 minutes	12 heures 25°C	Laisser reposer 10 minutes parès reconstitution
		IVL		NaCl 0,9%		500 mg dans 50 ml 30 minutes		
ERTAPENEME	Obligatoire EPPI NaCl 0,9% 1g dans 10 ml		20 mg/ml	NaCl 0,9%		Perfusion IV en 30 min	6 heures 25°C	
ERYTHROCINE	EPPI 10 ml pour 500 mg 20 ml pour 1 g	IVL		NaCl 0,9% G 5%		500 mg dans 100 ml Perfusion en 1 heure mini	12 heures 25°C	Injection du quart de la dose quotidienne en 1 h minimum toutes les 6 h Pas d'IVD, ni d'IM

MOLECULE	RECONSTITUTION	VOIE	C MAXIMALE DILUTION	SOLUTE DE DILUTION	POSO par 24 h	DILUTION ET ADMINISTRATION	STABILITE	REMARQUE
VANCOMYCINE <b>VVP</b>	Obligatoire EPPI 125/250/500 mg pour 10 ml 1 g pour 20 ml	IVL en continu	5 mg/ml	NaCl 0,9% G 5%	2 g	2 g dans 400 ml sur 24h	24 heures 25°C	Voie veineuse dédiée obligatoire Gros volume de perfusion Pas de seringue électrique Surveillance des taux sériques Pas d'IVD Pas d'IM
					2,5 g	2,5 g dans 500 ml sur 24h		
					3 g	3 g dans 600 ml sur 24h		
					3,5 g	3,5g dans 700 ml sur 24h		
					4 g	4 g dans 800 ml sur 24h		
VANCOMYCINE <b>VVC</b>		IVL en continu	80 mg/ml	NaCl 0,9% G 5%	2 g	2 g dans 200 ml sur 24h		
					2,5 g	2,5 g dans 250 ml sur 24h		
					3 g	3 g dans 300 ml sur 24h		
					3,5 g	3,5g dans 350 ml sur 24h		
					4 g	4 g dans 400 ml sur 24h		
VANCOMYCINE		IVL				1 h minimum en 3 ou 4 injections Débit max : 10mg/min		
VORICONAZOLE	EPPI 19 ml	IVL	100 mg/ml	NaCl 0,9% G 5%		200 mg dans 50 ml 1 à 2 heures	Utilisation immédiate	Vitesse maximale : 3 mg/kg/h



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)



## Guidelines

# Terms of use of outpatient parenteral antibiotic therapy

## *Modalités d'utilisation des antibiotiques par voie intraveineuse au domicile*

S. Diamantis<sup>a</sup>, P. Longuet<sup>b</sup>, P. Lesprit<sup>c</sup>, R. Gauzit<sup>d,\*</sup>

<sup>a</sup> Service des maladies infectieuses et tropicales, groupe hospitalier Sud Île-de-France, Melun, France

<sup>b</sup> Équipe mobile d'antibiothérapie, centre hospitalier Victor-Dupouy, Argenteuil, France

<sup>c</sup> Unité transversale d'hygiène et d'infectiologie, service de biologie clinique, hôpital Foch, Suresnes, France

<sup>d</sup> Équipe mobile d'infectiologie, réanimation Ollier, hôpital Cochin, AP-HP, Paris, France



Antibiotic (INN)	Delivered by the hospital or in the community	Reconstitution (solvent, volume)	Dilution (final concentration)	Infusion modalities	Precaution for use	References
Cefazolin	Hospital/outpatient hospitalization	WFI Shake before use	Glucose 5% Sodium chloride 0.9% Max 25 mg/mL	1 g → direct intravenous infusion, 3 to 4 min 2 g → slow intravenous infusion, 30 to 60 min Continuous infusion: after a 2-g loading dose over 30–60 min - 6 g/day: 6 g in a minimum volume of 250 mL to infuse over 24 hours via an elastomeric pump or a volumetric pump, once daily, - 8 g/day: 8 g in a minimum volume of 320 mL to infuse over 24 hours via an elastomeric pump or a volumetric pump, once daily, - 10 g/day: 10 g in a minimum volume of 400 mL to infuse over 24 hours via an elastomeric pump or a volumetric pump, once daily, - 12 g/day: 12 g in a minimum volume of 480 mL to infuse over 24 hours via an elastomeric pump or a volumetric pump, once daily		[4,13,22–26]
Cefepime	Community (hospital prescription)	WFI	Sodium chloride 0.9% or glucose 5% Max 50 mg/mL	1 g and 2 g → slow intravenous infusion, 30 to 60 min Prolonged infusion: after a 2-g loading dose over 30–60 min - 4 g/day: 2 g in a minimum volume of	A brown/orange coloration with degradation products (known toxic effect) may be observed with an infusion or storage duration exceeding 8 hours at 30 °C	[6,7,14,18,19,27,28]



Antibiotree

[Antibiotree](#)

ANTIBIOTREE

ANTIBIOTIQUES

MÉTHODOLOGIE

CONNEXION

CONTACT



ANTIBIOTREE



La bonne administration de l'antibiotique

À PROPOS

---

## CEFAZOLINE

Références : [1](#), [2](#), [3](#)**Quel type d'administration est voulue ?**

- Perfusion continue  
 Perfusion discontinue

**i** La céfazoline est un médicament de réserve hospitalière. Il faut donc prévoir une Hospitalisation A Domicile

**Quelle est la posologie prescrite ?**

- 5g/24h  
 6g/24h  
 7g/24h  
 8g/24h  
 9g/24h  
 10g/24h  
 11g/24h  
 12g/24h  
 13g/24h  
 14g/24h

## Quel dispositif médical de perfusion est utilisé ?

- Perfuseur par gravité ou pompe à perfusion
- Diffuseur Elastomérique
- Pousse Seringue Electrique

## Quel dispositif médical de perfusion est utilisé ?

- Perfuseur par gravité ou pompe à perfusion
- Diffuseur Elastomérique
- Pousse Seringue Electrique

**i** Stable 24h à une concentration inférieure à 50mg/ml. Un passage quotidien possible

**i** Après reconstitution des flacons avec 3mL de NaCl 0,9%, préparer 4 seringues en PP de 2,5g dans 50mL de NaCl 0,9%. Administrer les seringues consécutivement pendant 6h chacune.

**i** S'il s'agit d'une initiation de traitement, prescrire une dose de charge de 2g pendant 60 minutes selon les recommandations de l'EUCAST 2022

## ANNEXE 7

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

Fluoroquinolones	Posologie standard	Forte posologie	Situations particulières & commentaires
<b>Ciprofloxacine</b>	0,5 g <i>per os</i> toutes les 12 h 0,4 g par voie iv toutes les 12 h	0,75 g <i>per os</i> toutes les 12 h 0,4 g par voie iv toutes les 8 h	Dans les situations pour lesquelles la souche est catégorisée « SFP », l'utilisation en monothérapie des fluoroquinolones doit être prudente. <b><i>Pseudomonas spp., Acinetobacter spp., Staphylococcus spp. Corynebacterium spp. (y compris diphtheriae complex), Bacillus spp. et Campylobacter spp.</i></b> : forte posologie uniquement.
<b>Délafloxacine</b>	0,45 g <i>per os</i> toutes les 12 h 0,3 g par voie iv toutes les 12 h	Non applicable	
<b>Lévofloxacine</b>	0,5 g <i>per os</i> toutes les 24 h 0,5 g par voie iv toutes les 24 h	0,5 g <i>per os</i> toutes les 12 h 0,5 g par voie iv toutes les 12 h	Dans les situations pour lesquelles la souche est catégorisée « SFP », l'utilisation en monothérapie des fluoroquinolones doit être prudente. <b><i>Pseudomonas spp., Staphylococcus spp., Streptococcus pneumoniae, Streptococcus des groupes ABCG et Bacillus spp.</i></b> : forte posologie uniquement.
<b>Moxifloxacine</b>	0,4 g <i>per os</i> toutes les 24 h 0,4 g par voie iv toutes les 24 h	Non applicable	
<b>Ofloxacine</b>	0,2 g <i>per os</i> toutes les 12 h 0,2 g par voie iv toutes les 12 h	0,4 g <i>per os</i> toutes les 12 h 0,4 g par voie iv toutes les 12 h	Dans les situations pour lesquelles la souche est catégorisée « SFP », l'utilisation en monothérapie des fluoroquinolones doit être prudente.

## Adaptation de posologie :

- En cas d'insuffisance rénale : le site GPR ou document de l'Omédit PDL
- Chez le patient obèse : application ABxMI



# Calcul du Dosage des antibiotiques en situation d'obésité

Abx BMI a été réalisée par ANTIBIOGARDE® avec le soutien scientifique et financier de la SPLIF 

### Votre patient

Sexe

Poids (en KG)

Taille (en cm)

### Votre prescription

À titre indicatif, la(les) équivalence(s) de Dose(s) usuelle(s) quotidienne(s) standard pour la DCI sélectionnée et pour un(e) patient(e) de BMI normal est (sont) :

Renseignez ici la dose quotidienne que vous auriez prescrit pour un(e) patient(e) de BMI normal :

en mg/kg/j       en mg/kg/dose


    

**Recommandation en fonction du BMI de votre patient(e)**

DFG (ml/min/1,73 m²)	Adulte normorénale	IRC légère 89 → 60	IRC modérée 59 → 45	IRC modérée 44 → 30	IRC sévère 29 → 15	IRC terminale < 15
<b>Pénicillines (+inhibiteurs bêta lactamases)</b>						
Amoxicilline PO	1 g/8h			DC de 1 g puis 500 mg/8h		DC de 1 g puis 750 mg/24h
	1 g/12h			DC de 1 g puis 500 mg/12h		DC de 1 g puis 500 mg/24h
	2 g/8h			3 g/24h		1,5 g/24h
Amoxicilline IV	100 mg/kg/24h			50 mg/kg/24h		25 mg/kg/24h
	200 mg/kg/24h			100 mg/kg/24h		50 mg/kg/24h
Amoxicilline + Acide Clavulanique	1 g/8h			DC de 1 g puis 500 mg/8h		DC de 1 g puis 750 mg/24h
	2 g/8h			3 g/24h		1,5 g/24h
<i>exprimé en g d'amoxicilline ; /\ acide clavulanique : dose max 200 mg/injection et 1200 mg/24h</i>						
Cloxacilline PO	50 mg/kg/24h (sans dépasser 4 g/24h)			Pas de données		
Cloxacilline IV	100 à 200 mg/kg/24h			Pas de données		
Phénoxy- méthylpénicilline	1 MUI/8h					Pas de données
Pipéracilline	4 g/6 à 8h			4 g/8h		4 g/12h
Pipéracilline + tazobactam	4 g/6 à 8h			4 g/8h		4 g/12h
<i>exprimé en g de pipéracilline</i>						
Pivmecillinam	400 mg/8 à 12h			DC de 400 mg puis 200 mg/8 à 12h		DC de 400 mg puis 200 mg/24h
<b>Céphalosporines</b>						
Céfador	250 mg LI toutes les 8h ou 375 mg LP toutes les 12h Poso max : 1500 mg/24h			250 à 500 mg/12h		250 à 500 mg/24h
Céfazoline	Infections peu sévères : 60 à 80 mg/kg/24h <i>en 4 à 6 injections ; ou en continue avec DC = 1/4 ou 1/3 de la dose journalière</i>		DC de 500 mg puis 125 à 250 mg/12h		DC de 500 mg puis 125 à 250 mg/24h	
	Infections sévères = 80 à 100 mg/kg/24h <i>en 3 injections ; ou en continue avec DC = 30 mg/kg en 1h</i>		DC de 500 mg puis 250 mg/6h ou 500 mg/12h		DC de 500 mg puis 250 mg/12h ou 500 mg/24h	
Céfépime	Infections peu sévères : 2 g/12h			2 g/24h		1 g/24h
	Infections sévères : 2 g/8h			1 g/8h		1 g/12h
Céfiderocol	2 g/6 à 8h	2 g/8h	1,5 g/8h		1 g/8h	0,75 g/12h
Céfixime	200 mg/12h					200 mg/24h
	Posologie standard : 1 à 2 g/8h		1 à 2 g/12h		750 à 1500 mg/12h	
	Infection ostéo-articulaire : 100 à 150 mg/kg/24h		75 à 112,5 mg/kg/24h		50 à 75 mg/kg/24h	
						750 à 1500 mg/24h
						25 à 37,5

## Réseau des pharmaciens cliniciens en Infectiologie

### Partage d'outils


L'ASSOCIATION   ACTUALITÉS   GROUPES DE TRAVAIL   RECOMMANDATIONS   CONGRÈS ET FORMATION   MON ESPACE   ADHÉRER À LA SFPC   FAQ

Thèmes

- Bon usage +
- Profil patient +
- Pathologies +
- Administration -





listing des documents\_Administration V2 : Feuille 1

"Niveau de preuve"	Titre du document	Type de document	Commentaire/Description
Production locale	<a href="#">Bon usage des antibiothérapies intraveineuses à domicile : sécurisation et optimisation du parcours des patients_2021</a>	thèse	Thèse Arnaud Jordy Université de Poitiers
Production locale	<a href="#">Preparing and administering injectable antibiotics: How to avoid playing god-2016</a>	article	Médecine et Maladies Infectieuses 46 (2016) 242-268 <a href="http://dx.doi.org/10.1016/j.medmal.2016.01.010">http://dx.doi.org/10.1016/j.medmal.2016.01.010</a> Longuet et al.
Production locale	<a href="#">Fiche de préparation et administration de la dalbavancine_sans date</a>	outil	Sans information
Production locale	<a href="#">Guide de reconstitution et administration des principaux anti-infectieux injectables_2017</a>	outil	OMEDIT Centre Guide d'administration - données de stabilité version août 2017
Production locale	<a href="#">Utilisation pratique des anti-infectieux_2017</a>	outil	CH Tourcoing Guide d'administration des anti-infectieux
Production locale	<a href="#">Guide d'administration des anti-infectieux injectables chez l'adulte_sans date</a>	outil	CH Sambre Avesnois Guide d'administration des anti-infectieux
Production locale	<a href="#">De l'élaboration d'un guide d'administration des anti-infectieux à son appropriation dans un service d'infectiologie_2008</a>	autres	CHU de Rouen Support de présentation sur l'évaluation de la mise à disposition d'un guide d'administration

Guides d'administration\_Aee  
LUI LC

# Bonnes pratiques des hémocultures

[Présentation PowerPoint](#)

<b>Ne pas masquer les zones rouges</b>	<b>OK</b>  Etiquette patient	<b>Ne pas masquer les zones rouges</b> 	<b>Ne pas masquer les zones rouges</b>
	 <p><b>Pour éviter toute contamination</b> Porter un masque Se désinfecter les mains Désinfecter la peau avec le FREPP</p> <p><b>Ponction unique</b> (sauf pédiatrie et endocardite)</p> 	 <p><b>IMPORTANT</b></p> <p><b>Volume cible 10 ml/flacon</b></p> <p>Remplir le flacon <b>vert</b> jusqu'au repère</p>	
<b>Privilégier la PCBM, éviter les bons de demande sur papier</b>			

Recto

Verso



# LA PHASE PREANALYTIQUE : un point critique

## Objectifs

### 1- Optimiser le taux global de positivité

- Avant la mise sous antibiotiques
- Volume de sang total prélevé par épisode
- Ponction multiple ou unique

### 2- Minimiser les contaminations

- Respect des protocoles d'asepsie rigoureuse
- Privilégier la voie veineuse périphérique
- Technique de diversion ou de purge

### 3- Optimiser le circuit logistique pré- et post-analytique

- Identitovigilance
- Délai acheminement idéal au laboratoire <2h puis de chargement dans l'automate
- Délai de rendu des résultats

## RAPPELS

### Asepsie rigoureuse +++

- Antiseptie du site de ponction en 5 temps
- Antiseptie alcoolique
- Désinfection des bouchons des flacons
- Port de gants
- Friction hydro alcoolique



Défaut d'asepsie → risque de contamination = problème interprétation

### Respect du volume de remplissage +++



A l'aide de la zone graduée de l'étiquette, faire un repère sur chaque flacon correspondant au volume recommandé : **8 à 10 mL**

Maintenir le flacon verticalement de façon à contrôler le volume de remplissage lors de la ponction



**Flacons adulte aérobie et anaérobie :**  
**8 à 10 mL / flacon** soit temps de remplissage environ **1 min / flacon**



Aérobie Anaérobie

Ne pas coller l'étiquette sur le code à barres

**Un flacon bien rempli vaut mieux que plusieurs mal remplis**



# Conclusion



# Conclusion

- Mortalité élevée
- Pour améliorer le pronostic vital:
  - Diagnostic rapide: hémocultures
  - Antibiothérapie probabiliste puis documentée rapides
  - Bilan d'extension, recherche de porte d'entrée,
  - Drainage des abcès, ablation du matériel infecté, contrôle des hémocultures
  - Durée d'antibiothérapie adaptée, suivi

Score VIRSTA: si  $\geq 3$ : faire echographie cardiaque transoesophagienne rapidement  
(Tubiana J Infect 2016)

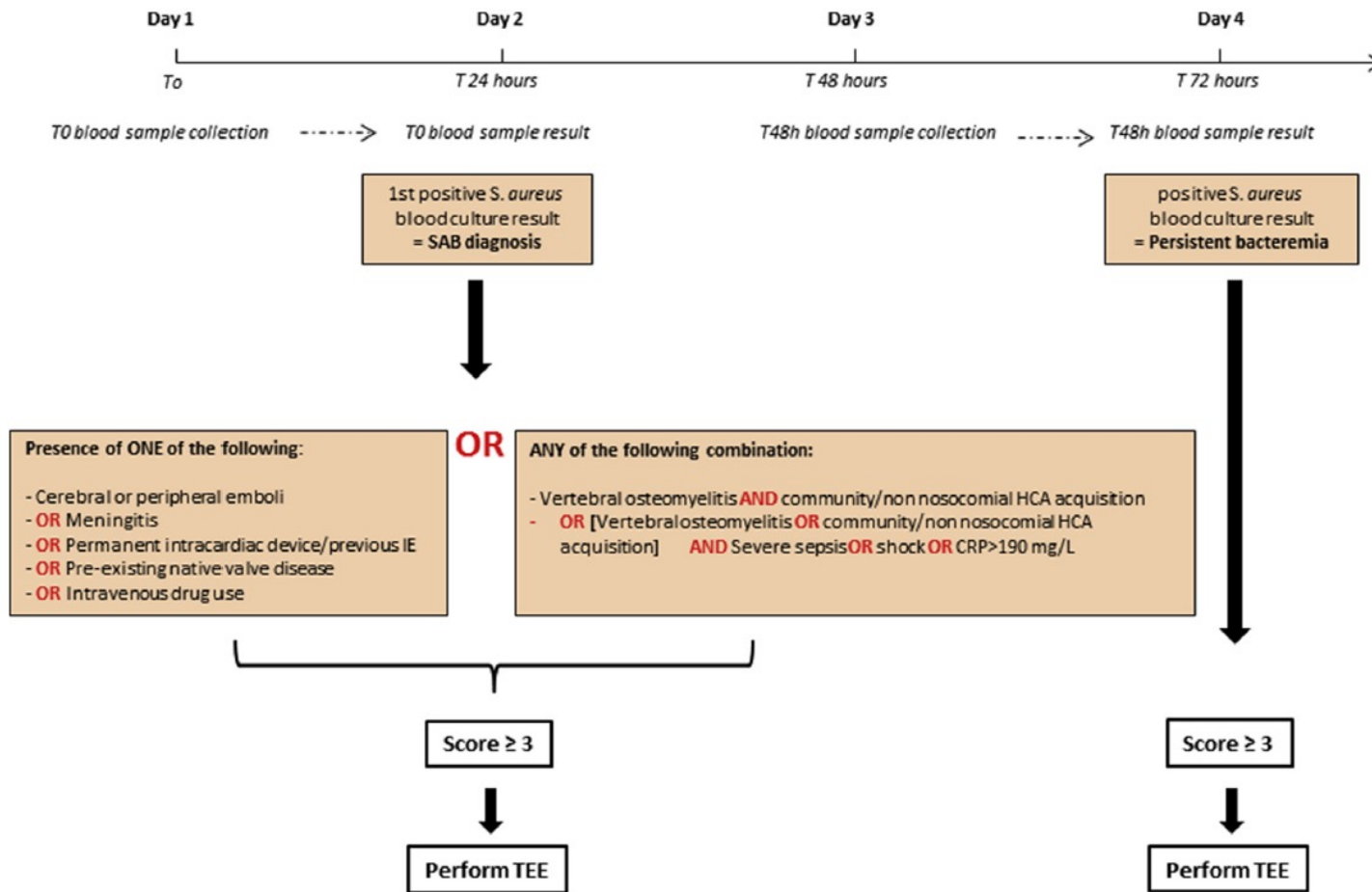


Figure 2 Proposed score for optimal use of TEE in patients with SAB, VIRSTA Study. SAB: *Staphylococcus aureus* bacteremia; TEE: trans-esophageal echocardiography.