

Info-antibio N°102: Décembre 2024

Lettre d'information sur les antibiotiques. Tous les numéros sur infectiologie.com. Abonnement gratuit [à partir de ce lien](#)

Le bon usage des antibiotiques limite le développement des résistances et préserve l'efficacité des antibiotiques

Prise en charge des complications infectieuses associées à l'infection par le VIH

Recommandations CNS – ANRS MIE – HAS : [Fiche synthétique](#) - [Recommandations](#) - [Argumentaire](#)

Ces infections sont souvent le mode de révélation d'une infection par le VIH ou surviennent suite à une perte de suivi/arrêt de TT antirétroviral. Cet info-antibio se concentre sur le traitement curatif. Voir le texte complet pour prophylaxies primaires et secondaires et traitement préemptif.

Pneumocystose : traitement d'attaque de 21j suivi d'une prophylaxie secondaire

1^{ère} intention : triméthoprime/sulfaméthoxazole : 15/75 mg/kg en 3 prises

2^{ème} intention (si effets indésirables graves ou CI TMP/SMX) : formes légères / modérées : atovaquone PO 750 mg 2x/j (avec repas riche en graisse)

Formes sévères : pentamidine IV 3-4 mg/kg/j [ou atovaquone PO 750 mg 2/j + caspofungine IV 70mg J1 puis 50 mg 1x/j (hors AMM)]

Alternatives : [clindamycine 600-900 mg 3x/j + primaquine 30 mg/j] ou [triméthoprime 5 mg/kg/j + dapsone 100 mg/kg/j]

Si PaO₂ < 70 mmHg : ajout prednisone : 40mg 2x/j de J1 à J5, puis 40 mg 1x/j de J6 à J10, puis 20 mg 1x/j de J11 à J21.

Toxoplasmose : traitement d'attaque de 6 semaines suivi d'une prophylaxie secondaire

1^{ère} intention : triméthoprime/sulfaméthoxazole : 15/75 mg/kg en 3 prises/j

2^{ème} intention : pyriméthamine 100 mg J1 puis 50 mg 1x/j + sulfadiazine 100 mg/kg/j (max 6 g/j) + acide folinique 25 mg 3x/sem

Alternatives : [clindamycine 600 mg 4x/j + pyriméthamine 100 mg J1 puis 50 mg 1x/j + acide folinique 25mg 3x/sem + prophylaxie pneumocystose]

ou [Atovaquone 1500 mg 2 x/j (hors AMM) + pyriméthamine 100 mg J1 puis 50 mg 1x/j + acide folinique 25mg 3x/sem]

Cryptococcose : traitement en 3 phases : induction 14j – consolidation 8 semaines – entretien 12 mois minimum

Soit : ampho B liposomale 1 dose unique 10 mg/kg puis [fluconazole 1200 mg /j + flucytosine 25mg/kg 4x/j] 14j

Soit : [ampho B liposomale 3 mg/kg 1x/j+ flucytosine 25mg/kg 4x/j] 7j puis [fluconazole 1200 mg /j + flucytosine 25mg/kg 4x/j] 7j

Soit : [ampho B liposomale 3 mg/kg 1x/j+ flucytosine 25mg/kg 4x/j] 14j

Consolidation : fluconazole 800 mg/j et entretien : fluconazole 200mg/j (posologies identiques quel que soit le traitement d'induction)

Candidoses oropharyngée et œsophagienne

Oropharynx : fluconazole : 200 mg J1 puis 100 mg 1x/j J2 à J7. Alternatives : ampho B suspension 2-4x/j ou miconazole cp mucoadhésif 1x/j

Oesophagienne : fluconazole : 400 mg J1 puis 200 mg 1x/j J2 à J14.

Si échec : prélèvement microbio puis voriconazole 200 mg 2x/j, isavuconazole hors AMM (proposé à 200 mg J1 puis 50 mg/j mais gélules à 100mg),

posaconazole (proposé en suspension à 100 mg 2x/j, or absorption médiocre comparée aux comprimés), caspofungine hors AMM, micafungine

Infection à CMV : traitement d'attaque de 21j suivi d'une prophylaxie secondaire

Rétinite avec atteinte centrale, ou atteinte périphérique étendue ou bilatérale : ganciclovir (5 mg/kg 2x/j) ou foscarnet (90 mg/kg 2x/j)

Rétinite périphérique non sévère : valganciclovir 900 mg x 2/j

Infections graves à HSV et VZV

HSV : forme sévère extensive : aciclovir IV 5mg/kg/8h relais PO J3-5 si favorable par valaciclovir 1g 2x/j durée totale 10j.

Atteinte viscérale HSV/VZV : aciclovir IV 10mg/kg/8h 14j. Encéphalite : aciclovir IV 10mg/kg/8h 10j si HSV - 15 mg/kg/8h 14-21j si VZV.

Tuberculose maladie

Schéma classique : quadri 2 mois puis bithérapie 4 mois si bonne évolution. 7 à 10 mois si atteinte neuro-méningée ou osseuse.

Impact sur le TT du VIH : efavirenz + 2 inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse. Dolutégravir ou raltégravir alternatives à l'efavirenz

Infections disséminées à *Mycobacterium avium* : traiter 12 mois après négativation des prélèvements mycobactériologiques

Clarithromycine (500 mg 2x/j) ou azithromycine (500 mg 1x/j) + ethambutol (15 mg/kg/j) + rifabutine (300 mg/j ou 150 mg/j voire 150 mg 1j/2 si association avec ritonavir ou cobicistat)

Pneumonie bactérienne : Si immunodépression (CD4 < 200/μl ou autre) : bilan microbio et TDM thoracique pour rechercher une infection opportuniste. Sinon, même spectre antibiotique et durée de traitement que pour les patients sans infection par le VIH

Infections bactériennes digestives : Si immunodépression (CD4 < 200/μL, autre), diarrhée d'intensité marquée, syndrome dysentérique : azithromycine (1 g 1 fois) ou 500 mg 1x/j 3j, ou ciprofloxacine 500 mg 2x/j 3 j (à adapter à la bactérie). Forme sévère avec hospitalisation, ceftriaxone IV (+ amikacine si sepsis)

Bartonellose systémique : macrolide ou doxycycline 3 mois min. Endocardite : doxycycline 4 à 6 semaines + gentamicine 2 semaines

Histoplasmose : formes sévères : ampho B liposomale 3 mg/kg/j 2 sem (relais PO itraconazole possible). Si méningite : Amb-L 5 mg/kg/j 4 à 6 sem.

Formes peu sévères : itraconazole PO 200 3x/j 3j puis 200 2x/j. Monitorer taux sérique. Posaco ou isavuco utilisables hors AMM. TT entretien 12 m

Talaromycose : Amb-L 3 mg/kg/j 2 sem puis itracono 200 mg 2x/j 10 sem, hors AMM (utilisable d'emblée sur formes non sévères). Vorico possible.

Coccidioïdomycose : non sévères fluco 400mg 1x/j ou itracono 200 3x/j 3j puis x2/j. sévère : Amb-L 3 mg/kg/j puis relais. Méningite : fluco 800-1200/j

Leishmaniose viscérale : *L. infantum* Amb-L 10 x 4mg/kg sur 38j, ou 3-4mg/kg/j -10j. *L. donovani* Amb-L 30mg/kg + miltofosine 100mg/kg.

Cystoisosporose et cyclosporose TMP/SMX 160/800 2x/j 7-10j. Cipro 500x2 possible)

Cryptosporidiose : TT ARV ± (sans preuve efficacité) nitazoxanide (PO 1g 2x/j), ou paromomycine (PO, 500mg 4x/j), seuls ou avec azithro

Microsporidiose : TT ARV ± (sans preuve efficacité) : *E intestinalis* albendazole (PO 400 mg 2x/j 21j). *E bienewisi* : fumagilline (20mg 3x/j) 14 j

Un service du journal [Infectious Diseases Now](#) & de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF). Rédigé par le Dr S. Alfandari.

Sources d'information nationales sur l'utilisation des antibiotiques : Recommandations : infectiologie.com - ANSM - HAS - Ministère de la Santé. CRATB (Centre Régionaux en Antibiothérapie) : [Auvergne Rhône Alpes](#) – [Bretagne](#) - [Grand Est](#) - [Hauts de France](#) - [Ile de France](#) - [Normandie](#) - [Pays de la Loire](#) - [Provence Alpes Côte d'Azur](#)

