

# Cas cliniques pour finir en beauté !

Formation des référents PCI et BUA en ESMS

23 septembre 2025

Dr Elise Fiaux, infectiologue  
CHU de Rouen - Normantibio



# Infections en EHPAD

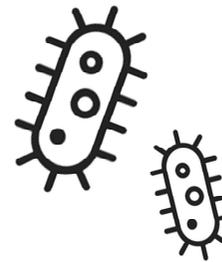
## ENP 2025 :

Infections urinaires

Infections respiratoires

Infections cutanées

Infections digestives



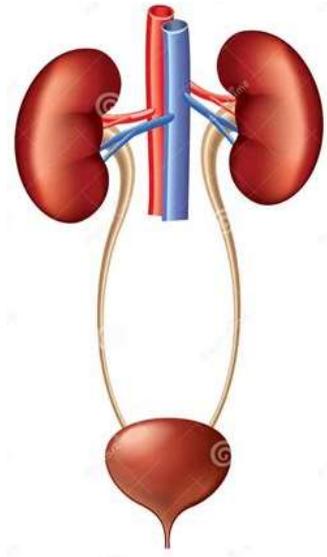
Situations fréquentes d'être tenté de prescrire un ATB...

→ Bon usage diagnostique

→ Bon usage des ATB



# Infections urinaires



# Infections urinaires

Quelle(s) proposition(s) sont vraies ?

- 1) Je dois traiter un ECBU positif à *E. coli* BLSE quels que soient les symptômes présentés par le patient
- 2) Je dois réaliser systématiquement un ECBU devant un tableau de signes fonctionnels urinaires fébriles
- 3) Je dois réaliser un ECBU sur le deuxième jet d'urines
- 4) Je dois réaliser un ECBU systématique à l'entrée de chaque résident

# Infections urinaires

Quelle(s) proposition(s) sont vraies ?

- 1) Je dois traiter un ECBU positif à *E. coli* BLSE quels que soient les symptômes présentés par le patient
- 2) Je dois réaliser systématiquement un ECBU devant un tableau de signes fonctionnels urinaires fébriles
- 3) Je dois réaliser un ECBU sur le deuxième jet d'urines
- 4) Je dois réaliser un ECBU systématique à l'entrée de chaque résident

## Comment effectuer un ECBU ?



L'aspect et l'odeur des urines ne sont pas des signes d'infection.

Jamais de bandelette urinaire en EHPAD

Recueil des urines dans un flacon stérile

### Patient continent

Préférer les urines du matin

Effectuer une toilette périnéale au savon doux

Recueillir le 2ème jet et éliminer le 1er jet souillé par la flore uro génitale

### Patient incontinent

Chez l'homme : poser un collecteur pénien

Chez la femme : effectuer un sondage aller retour **après avis médical**

### Patient sondé

Désinfecter les site spécifique de ponction de la sonde urinaire

Ne jamais ponctionner dans le sac collecteur

Ne jamais déconnecter la sonde du sac

### Conservation de l'ECBU

≤ 2h dans un flacon à ECBU à température ambiante

≤ 24h dans un flacon à ECBU à 4°C

≤ 48h à température ambiante avec tube + borate et système sous vide

## mémo

Nouvelles recommandations européennes 2023 :  
**pas d'antiseptique**  
→ toilette à l'eau



**C'est important !**

**Evacuation du 1<sup>er</sup> jet :**  
Volume = celui d'un espresso



# Bon usage diagnostique - ECBU



**EST-CE BIEN UTILE ?**

Un ECBU positif ne suffit pas au diagnostic d'infection urinaire  
Ne prescrivez un ECBU que si vous suspectez une infection

**“Ses urines sentent mauvais, je prescris un ECBU ?”**

**Les urines malodorantes (et/ou troubles) isolées ne justifient pas de prescrire un ECBU**

# Bon usage diagnostique - ECBU



Pas d'ECBU si :

- urines malodorantes ou purulentes isolées
- pas de symptôme
- contrôle de fin de traitement systématique
- ECBU systématique



ECBU si :

- SFU +/- fièvre
- femme enceinte asymptomatique
- avant geste/chirurgie urologique

# Interprétation de ECBU

- Pas de leucocyturie = pas d'infection urinaire = **pas d'ATB** (sauf si leucopénie)
- Bactériurie asymptomatique = colonisation ou contamination = **pas d'ATB** (sauf grossesse ou geste urologique invasif)
- ECBU polymicrobien = contamination jusqu'à preuve du contraire = refaire ECBU avant de décider
- SFU + bactériurie + leucocyturie = infection urinaire = ATB

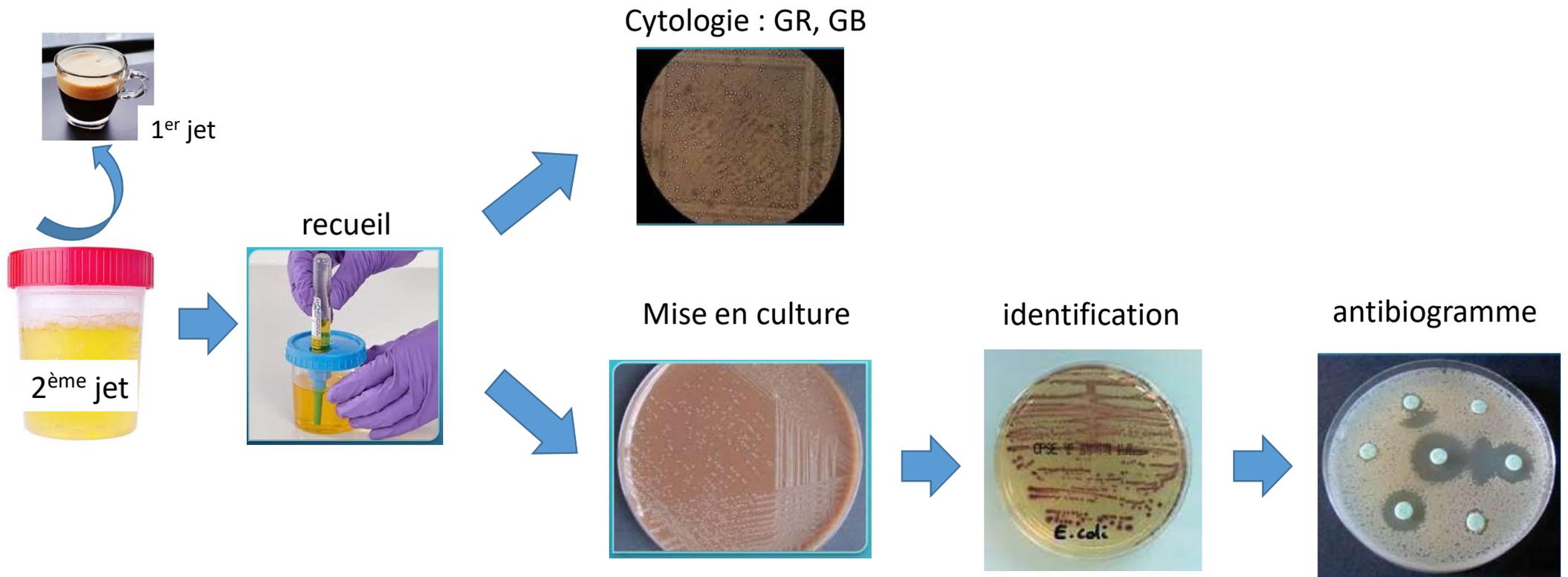
# Colonisation urinaire

ECBU positif SANS symptômes = **colonisation urinaire**

**Aucune** indication à traiter :

- Même si patient diabétique ou immunodéprimé
- Même si BMR
- Même si forte leucocyturie
- Même si forte bactériurie

# Trajet ECBU



## Q2 : quelles sont les bonnes réponses ?

- 1 Une cystite à risque de complication (RDC) est une cystite récidivante
- 2 10 j suffisent pour traiter une PNA RDC
- 3 La cystite de l'homme n'existe pas
- 4 Une prostatite infectieuse se traite par FQ ou Bactrim 14 j
- 5 Je ne dois pas traiter un patient âgé par FQ

## Q2 : quelles sont les bonnes réponses ?

- 1 Une cystite à risque de complication (RDC) est une cystite récidivante
- 2 10 j suffisent pour traiter une PNA RDC
- 3 La cystite de l'homme n'existe pas
- 4 Une prostatite infectieuse se traite par FQ ou Bactrim 14 j
- 5 Je ne dois pas traiter un patient âgé par FQ

## Définitions

### **Facteurs de risques de complication :**

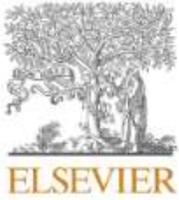
- toute anomalie de l'arbre urinaire
- certains terrains :
  - homme
  - grossesse
  - sujet âgé « fragile »
  - clairance de créatinine < 30 ml/mn
  - immunodépression grave

### **Éléments de gravité :**

- sepsis sévère (Quick SOFA  $\geq$  2)
- choc septique
- geste urologique (hors sondage simple)

### **Facteurs de risques d'EBLSE :**

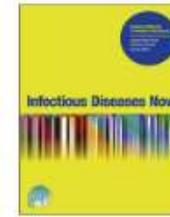
- antécédent de colonisation/IU à EBLSE < 6 mois
- amox-clav/C2G-C3G/FQ < 6 mois
- voyage en zone d'endémie EBLSE
- hospitalisation < 3 mois
- vie en institution de long séjour



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

## Infectious Diseases Now

journal homepage: [www.sciencedirect.com/journal/infectious-diseases-now](http://www.sciencedirect.com/journal/infectious-diseases-now)



### Guidelines

The latest updates on the proper use of fluoroquinolones – Actualisation 2025 update by the SPILF and the GPIP



Fluoroquinolones : ciprofloxacin, levofloxacin, ofloxacin

Place dans les PNA, IU masculines  
**AUCUNE** place dans les cystites

!! Adaptation posologique dès clairance < 60 mL/mn

!! Effets secondaires chez le sujet âgé :

Tendinopathies

Confusion, convulsions

Allongement du QT

## Q2 : quelles sont les bonnes réponses ?

- 1 Les C3G orales ont encore une place dans le traitement des cystites RDC
- 2 La ceftriaxone est le traitement probabiliste de choix dans la PNA
- 3 Je peux traiter une cystite récidivante par fosfomycine-trométamol
- 4 La durée de traitement d'une PNA RDC est de 14 j

## Q2 : quelles sont les bonnes réponses ?

- 1 Les C3G orales ont encore une place dans le traitement des cystites RDC
- 2 La ceftriaxone est le traitement probabiliste de choix dans la PNA
- 3 Je peux traiter une cystite récidivante par fosfomycine-trométamol
- 4 La durée de traitement d'une PNA RDC est de 14 j

## FICHE

Choix et durées  
d'antibiothérapies : cystite aiguë  
simple, à risque de complication  
ou récidivante, de la femme

Validée en novembre 2016

Mise à jour en juillet 2021 et juil. 2024



Femme de moins  
de 65 ans ET sans  
facteur de risque de  
complication

## Cystite aiguë simple (aucun facteur de risque de complication) :

- ➔ Diagnostic clinique : brûlures mictionnelles et/ou urgenturies.
  - Recherche de leucocytes et nitrites positifs par réalisation d'une bandelette urinaire (BU).
    - Ne pas prescrire un examen cyto bactériologique des urines (ECBU).
- ➔ Les traitements recommandés sont :

|                           |   |
|---------------------------|---|
| 1 <sup>re</sup> intention | fosfomycine-trométamol, 3 g en <b>prise unique</b>            |
| 2 <sup>e</sup> intention  | pivmécillinam : 400 mg 2 fois par jour pendant <b>3 jours</b> |

**!! Délivrance possible du traitement ATB par le pharmacien après BU +**

**NON pour les FQ, augmentin, C3G orales !**

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-08/fiche memo cystite durees antibiotherapies .pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-08/fiche_memo_cystite_durees_antibiotherapies_.pdf)

## Choix et durées d'antibiothérapies : cystite aiguë simple, à risque de complication ou récidivante, de la femme

Validée en novembre 2016

Mise à jour en juillet 2021 et juil. 2024

### Cystite aiguë à risque de complications (au moins 1 facteur de risque) :

#### → Traitement différé à privilégier [2024] : traitement adapté à l'antibiogramme

##### Par ordre de préférence et selon l'antibiogramme :

|                           |  |
|---------------------------|--|
| 1 <sup>re</sup> intention | amoxicilline : 1g 3 fois par jour pendant <b>7 jours</b>         |
| 2 <sup>e</sup> intention  | pivmécillinam : 400 mg 2 fois par jour pendant <b>7 jours</b>    |
| 3 <sup>e</sup> intention  | nitrofurantoïne* : 100 mg 3 fois par jour pendant <b>7 jours</b> |

\*nitrofurantoïne : contre-indication en cas d'insuffisance rénale avec un débit de filtration glomérulaire < 45 ml/min ou de traitements itératifs.

#### → Traitement ne pouvant être différé : traitement probabiliste [2024]

|                           |  |
|---------------------------|--|
| 1 <sup>re</sup> intention | nitrofurantoïne* : 100 mg 3 fois par jour pendant <b>7 jours</b> |
| 2 <sup>e</sup> intention  | fosfomycine-trométamol : 3 g à J1, J3 et J5 <b>[2024]</b>        |

\*nitrofurantoïne : contre-indication en cas d'insuffisance rénale avec un débit de filtration glomérulaire < 45 ml/min ou de traitements itératifs.



## Cystite aiguë récidivante (au moins 4 épisodes pendant une période de 12 mois)

### → Antibioprophylaxie si au moins 1 épisode par mois

- ECBU initial avant début de l'antibioprophylaxie

|                           |   |
|---------------------------|---|
| 1 <sup>re</sup> intention | <p>fosfomycine-trométamol : 3 g en <b>prise unique</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>– tous les 7 jours au maximum</li><li>– dans les 2 heures précédant ou suivant le rapport sexuel si cystites post-coïtales</li></ul> <p>ou</p> <p>triméthoprime :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 150 mg par jour (1 fois par jour maximum, au coucher)</li><li>- dans les 2 heures précédant ou suivant le rapport sexuel si cystites post-coïtales</li></ul> |
| 2 <sup>e</sup> intention  | <p>cotrimoxazole : 400 mg/80 mg par jour</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– à prendre au coucher</li><li>– dans les 2 heures précédant ou suivant le rapport sexuel si cystites post-coïtales</li></ul>  |

**NON** pour les FQ, Bétalactamines, CI furadantine !!

# Cystite aiguë récidivante (au moins 4 épisodes pendant une période de 12 mois)

→ **Antibioprophylaxie si au moins 1 épisode par mois**

- ECBU initial avant début de l'antibioprophylaxie

|                           |   |
|---------------------------|---|
| 1 <sup>re</sup> intention | <p>fosfomycine-trométamol : 3 g en <b>prise unique</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>– tous les 7 jours au maximum</li><li>– dans les 2 heures précédant ou suivant le rapport sexuel si cystites post-coïtales</li></ul> <p>ou</p> <p>triméthoprime-sulfaméthoxazole (à prendre au coucher)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– dans les 2 heures précédant ou suivant le rapport sexuel si cystites post-coïtales</li></ul> |
| 2 <sup>e</sup> intention  | <p>cotrimoxazole : 400 mg/80 mg par jour</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– à prendre au coucher</li><li>– dans les 2 heures précédant ou suivant le rapport sexuel si cystites post-coïtales</li></ul>  |

**Avis infectieux ++  
Indication à un bilan  
urologique et étiologique**

**NON pour les FQ, Bétalactamines, CI furadantine !!**

FICHE

## Choix et durées d'antibiothérapies : pyélonéphrite aiguë de la femme

SYNTHÈSE

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

### Pyélonéphrite aiguë simple (aucun facteur de risque de complication)

#### Traitement probabiliste en attendant l'antibiogramme

En l'absence de traitement par quinolone dans les 6 mois : ciprofloxacine ou lévofloxacine

Jusqu'au résultat de l'antibiogramme

#### Traitement de relais

amoxicilline (à utiliser prioritairement sur souche sensible)  
Sinon désescalade pour la molécule active avec le spectre le plus étroit

10 jours

Femme de moins de 65 ans ET sans facteur de risque de complication

### Pyélonéphrite aiguë à risque de complications (sans signe de gravité)

Traitements antibiotiques, probabilistes ou de relais : ce sont ceux de la PNA simple, sans signe de gravité

10 jours



**(PNA simple : si maintien C3G ou FQ = 7 jours)**

# Infection urinaire masculine

## Nouvelles recommandations en cours d'écriture...

Diagnostic :

Infection tissulaire = fièvre = prostatite aiguë (ou PNA)

Pas d'infection tissulaire = pas de fièvre = cystite (RDC)

Pas de fièvre mais bactériémie = prostatite aiguë ou PNA

Durée ATB : 14j (7 j = + échecs) ou 10j ?

Cystite de l'homme : place pour des ATB comme Fosfo ? Piv ? TMP ?

Actuellement :

**Traitement ATB recommandé par FQ ou BACTRIM pour 14 jours**

Groupe de travail SPILF, mise à jour recommandations infections urinaires de l'homme



# Infections urinaires chez la personne âgée

## Information à destination des familles

La santé et le bien-être de votre proche sont notre priorité. Les infections urinaires sont particulièrement fréquentes. Il est important de bien comprendre comment nous les traitons et comment nous agissons pour les prévenir.

### 1 Votre proche présente des symptômes d'infection urinaire :

- ⇒ Brûlures ou douleurs en urinant
- ⇒ Besoin d'uriner très fréquemment
- ⇒ Douleurs dans le bas du ventre ou du dos
- ⇒ Fièvre
- ⇒ Apparition d'une confusion ou modification du comportement

Le diagnostic sera posé par le médecin qui prescrira (si nécessaire) une analyse d'urine (ECBU).

⚠ La bandelette urinaire n'est pas recommandée chez la personne âgée.

⚡ **Si le diagnostic d'infection urinaire est confirmé, un antibiotique sera prescrit par le médecin selon les antécédents de votre proche et les résultats de l'ECBU.**

### 2 Les urines sont foncées ou malodorantes :

Il arrive que l'urine soit plus foncée ou ait une odeur forte. Cela peut sembler inquiétant, mais en l'absence d'autres symptômes évoquant une infection, cela traduit le plus souvent une hydratation insuffisante.

Il n'est pas utile dans ce cas de faire des analyses d'urine.

⚡ **Les urines foncées ou malodorantes, sans autre signe, ne justifient pas un traitement antibiotique.**

⚡ **L'utilisation inutile d'antibiotiques peut entraîner des effets secondaires (troubles digestifs, allergies...) et favoriser le développement de résistances aux antibiotiques.**

### 3 Notre stratégie pour prévenir les infections urinaires :

Nos équipes mettent en place des mesures simples mais efficaces au quotidien pour limiter les risques d'infection :

- ⇒ Favoriser une bonne hydratation (boire régulièrement tout au long de la journée)
- ⇒ Maintenir un transit intestinal régulier (éviter la constipation)
- ⇒ Encourager une miction régulière (uriner sans attendre trop longtemps)

⚡ **Les antibiotiques ne constituent pas un traitement préventif (sauf dans certains cas exceptionnels, vus avec l'infectiologue).**

L'équipe de soins reste à votre disposition pour toute question ou inquiétude concernant les soins prodigués à votre proche.

Juillet 2023 - Révisé par



## Boîte à outils

### Infections urinaires en EHPAD



#### Affiche interactive

L'affiche présente les principaux messages à retenir pour la **prévention, le diagnostic et le traitement** de l'infection urinaire en EHPAD

Elle s'adresse à tous les professionnels travaillant ou intervenant auprès des personnes âgées.

AFFICHE EN LIGNE

AFFICHE EN PDF

#### Mémos

Deux mémos sont proposés :

Prévention et diagnostic

Prise en charge des cystites

+

+

#### Vidéos

Vidéos régionales

+

Autres vidéos

+

#### Documents pour les familles

Vidéo

+

Messages du CDC

+

Antibio-malin

+

#### Enquête de pertinence

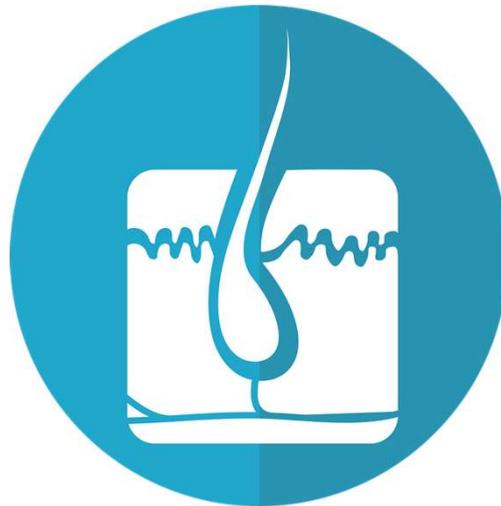
Le CPIas et le CRAIb proposent une **enquête sur la pertinence des ECBU** chez la personne âgée institutionnalisée.

+ INFO

#### Références

+

# Infections cutanées



## Quelles sont les bonnes réponses sur le traitement d'un érysipèle ?

- 1) On ne dit plus érysipèle mais DHBNN !
- 2) La molécule de référence est l'amoxicilline
- 3) La durée de traitement est de 7 jours
- 4) La durée de traitement peut être allongée si la jambe reste rouge
- 5) Je peux envisager un traitement ATB prophylactique en cas de DHBNN à répétition

## Quelles sont les bonnes réponses sur le traitement d'un érysipèle ?

- 1) On ne dit plus érysipèle mais DHBNN ! **DermoHypodermite Bactérienne Non Nécrosante**
- 2) La molécule de référence est l'amoxicilline
- 3) La durée de traitement est de 7 jours
- 4) La durée de traitement peut être allongée si la jambe reste rouge
- 5) Je peux envisager un traitement ATB prophylactique en cas de DHBNN à répétition

# Prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes

Février 2019 et 2024

| Pathologie  | Traitement antibiotique 1 <sup>re</sup> intention   | Si allergie à la pénicilline   | Durée du TTT  |
|---|---|--|---|
| <b>DHBNN adulte</b>   | <b>Amoxicilline</b> : 50 mg/kg/jour en trois prises avec un maximum de 6 g/jour   | <b>Pristinamycine</b> : 1g x 3 /jour<br>ou<br><b>Clindamycine</b> : 1,8 g/jour en 3 prises et jusqu'à 2,4 g/jour si poids > 100 kg | 7 jours   |
| <b>Dermohypodermes bactériennes non nécrosantes (DHBNN) chez l'adulte</b> |   |  |   |
| <b>DHBNN non compliquée</b><br>amoxicilline                               |   |  | 7 jours.<br><b>Ne pas prolonger l'antibiothérapie</b>                           |
| <b>DHBNN adulte</b><br><b>Antibiopro-<br/>phylaxie</b>                    | <b>Benzathine-benzyl-pénicilline G (retard)</b> : 2,4 MUI IM toutes les 2 à 4 semaines<br><br><b>Pénicilline V (phénoxyméthylpénicilline)</b> : 1 à 2 millions UI/jour selon le poids en 2 prises | <b>Azithromycine</b> : 250 mg/jour   | À évaluer :<br>en fonction de l'évolution des facteurs de risque de récurrence. |

Pas d'augmentin !

# Prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes

Février 2019

| Pathologie  | Traitement antibiotique 1 <sup>re</sup> intention  | Si allergie à la pénicilline   | Durée du TTT   |
|---|--|--|--|
| <b>DHBNN adulte</b>   | <b>Amoxicilline</b> : 50 mg/kg/jour en trois prises avec un maximum de 6 g/jour  | <b>Pristinamycine</b> : 1g x 3 /jour<br>ou<br><b>Clindamycine</b> : 1,8 g/jour en 3 prises et jusqu'à 2,4 g/jour si poids > 100 kg | 7 jours  |
| <b>Dermohypodermes bactériennes non nécrosantes (DHBNN) chez l'adulte</b> |  |  |  |
| <b>DHBNN non compliquée</b><br>amoxicilline                               |  |  | <del>7 jours.</del><br><b>Ne pas prolonger l'antibiothérapie</b>             |
| <b>DHBNN adulte</b><br><b>Antibiopro-phylaxie</b>                         | <b>Benzathine-benzyl-pénicilline G (retard)</b> : 2,4 MUI IM toutes les 2 à 4 semaines<br><b>Pénicilline V (phénoxy méthylpénicilline)</b> : 1 à 2 millions UI/jour selon le poids en 2 prises | <b>Azithromycine</b> : 250 mg/jour   | À évaluer : en fonction de l'évolution des facteurs de risque de récurrence. |

**Avis infectieux**

**Madame B, 85 ans présente une escarre sacrée stade III malodorante.  
Pas de fièvre mais douleur locale.**

- 1) Vous réalisez un écouvillon local pour avoir une idée de la flore
- 2) Vous réalisez un écouvillon local pour pouvoir adapter votre antibiothérapie
- 3) Vous réalisez un écouvillon local pour savoir si Madame B est porteuse d'une BMR
- 4) Vous ne réalisez pas d'écouvillon, l'intérêt est limité

**Madame B, 85 ans présente une escarre sacrée stade III malodorante.  
Pas de fièvre mais douleur locale.**

- 1) Vous réalisez un écouvillon local pour avoir une idée de la flore
- 2) Vous réalisez un écouvillon local pour pouvoir adapter votre antibiothérapie
- 3) Vous réalisez un écouvillon local pour savoir si Madame B est porteuse d'une BMR
- 4) **Vous ne réalisez pas d'écouvillon, l'intérêt est limité**



Bon usage diagnostique

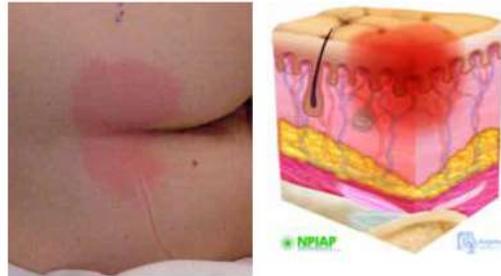
# Prélèvement local

- Prélèvement souvent **polymicrobien**, flore cutanée dont des germes commensaux
  - Littérature variable ++ : 74 % flore polymicrobienne, 49% *Enterobacter*, 49% *E. coli*, 10% SA ou encore SA/*Proteus mirabilis*/*P. aeruginosa* majoritaires...

!! Écouvillon ne permet pas de mettre en évidence les anaérobies

- Si pas de signe clinique d'infection : aucun intérêt à réaliser un prélèvement
- Prélèvement à la recherche d'un portage de BMR : **rectal et nasal**

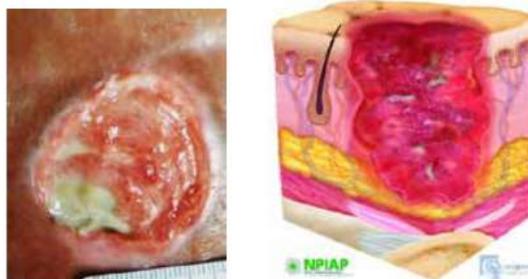
Category/Stage I Pressure Injury



Category/Stage II Pressure Injury



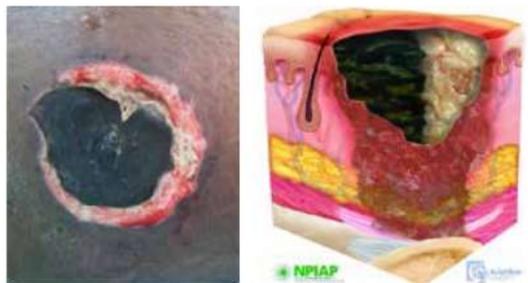
Category/Stage III Pressure Injury



Category/Stage IV Pressure Injury



Unstageable Pressure Injury  
(covered in eschar or slough)



Suspected Deep Tissue Injury



Prevention and Treatment  
of Pressure Ulcers/Injuries:  
Clinical Practice Guideline

The International Guideline  
2019



# Signes cliniques d'infection - escarre

## Suspect local infection in a pressure injury

- Increasing size and/or depth of wound and failure to heal
- Wound breakdown/dehiscence
- Presence of necrotic tissue
- Crepitus or fluctuance of the surrounding tissue
- Pocketing or bridging at the wound bed
- Increased warmth in the surrounding tissue
- Induration
- Increased pain, out of proportion to baseline
- Malodor

## Suspect spreading/systemic infection from an infected pressure injury

- Signs of local infection + 1 or more of the following:
  - Confusion/acute delirium
  - Fever
  - Malaise or lethargy
  - Hypotension
  - Tachycardia

## Signes locaux :

Aggravation de la lésion

Douleur augmentée

Odeurs nauséabondes

Érythème, induration, tissu nécrotique

## Signes systémiques :

Fièvre

Confusion

hypoPA, tachycardie

# Prise en charge GLOBALE

- Optimale :

- **Chirurgicale** avec drainage, curetage osseux et geste de couverture (+ prélèvements osseux)  
ET colostomie de décharge
- **Médicale** : ATB adaptée. Durée  $\leq 6$  sem

- Suboptimale

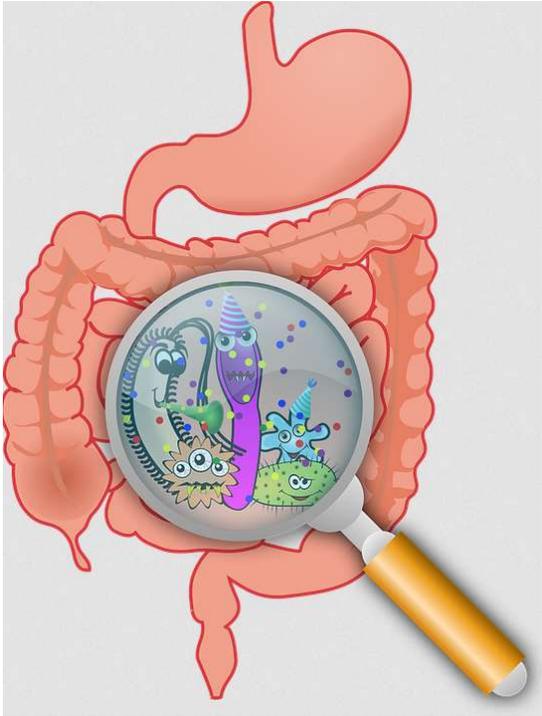
- Pas de chirurgie possible
- ATB adaptée

- Prise en charge de l'escarre

- Nutrition
- Décharge
- Douleur
- Odeurs
- Sevrage tabagique
- Soins locaux, ...



# Infections digestives



**Madame B, 85 ans présente à présent une diarrhée assez abondante dans les suites d'une antibiothérapie par augmentin® pour une bronchite.**

- 1) Vous réalisez une coproculture avec recherche de *Clostridioides difficile*
- 2) Vous mettez en place des précautions complémentaires contact
- 3) Le traitement de référence de la diarrhée à *C. difficile* est le metronidazole
- 4) La durée du traitement est de 10 jours

**Madame B, 85 ans présente à présent une diarrhée assez abondante dans les suites d'une antibiothérapie par augmentin® pour une bronchite.**

- 1) Vous réalisez une coproculture avec recherche de *Clostridioides difficile*
- 2) Vous mettez en place des précautions complémentaires contact
- 3) Le traitement de référence de la diarrhée à *C. difficile* est le métronidazole
- 4) **La durée du traitement est de 10 jours**

# Définition de l'infection à *C. difficile*

- Tableau clinique compatible + toxine libre par EIA\* + pas d'autre cause évidente de diarrhée ( $\geq 3$  selles molles (Bristol 6-7) en 24h)  
OU
- Tableau clinique compatible + test PCR positif ou culture toxigénique positive  
OU
- Colite pseudomembraneuse (diagnostic endoscopique et/ou anatomopathologique) + test toxigénique positif

\*EIA: diagnostic immuno-enzymatique

# Facteurs pronostiques associés au risque de récurrence

|   | Niveau d'évidence |
|---|-------------------|
| Age $\geq$ 65 ans   | Fort, modéré      |
| Episode antérieur d'infection à <i>C. difficile</i>               | Fort, modéré      |
| Episode lié aux soins et hospitalisation dans les 3 derniers mois | Faible, bas       |
| Antibiothérapie systémique concomitante après le diagnostic       | Faible, très bas  |
| Traitement par IPP pendant ou au décours du diagnostic            | Faible, très bas  |

# Mesures générales

- Arrêt d'une antibiothérapie quand elle n'est pas nécessaire
- Rééquilibration hydro-électrolytique
- Pas de ralentisseurs du transit
- Discuter l'arrêt du traitement par IPP

# Traitement antibiotique

- Traitement de référence en première intention

FIDAXOMICINE 200 mg matin et soir pendant 10 jours PO

OU VANCOMYCINE 125 mg toutes les 6 heures pendant 10 jours PO

!!! Ordonnance hospitalière

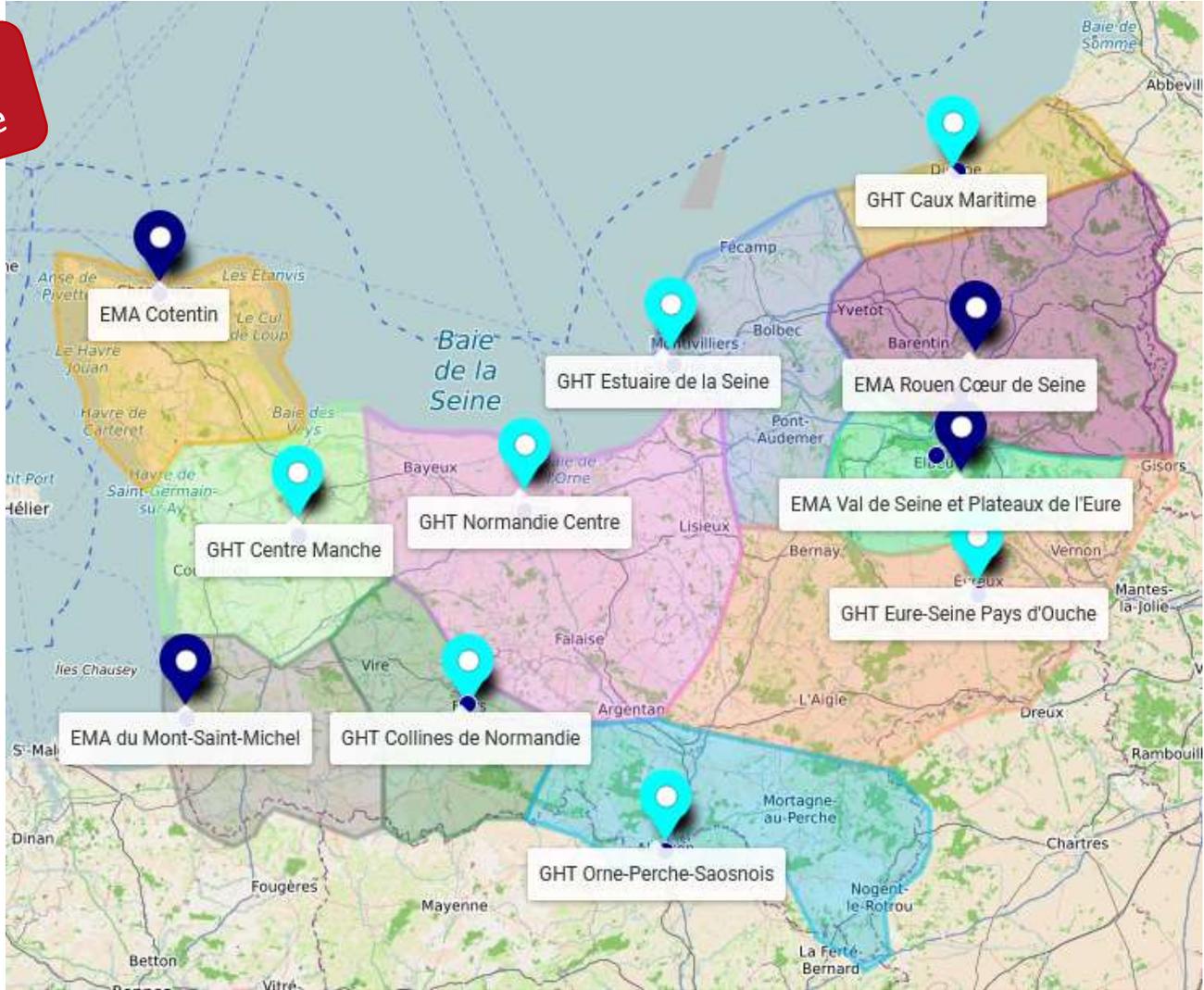
Nécessité d'avoir une prescription hospitalière sur **avis infectieux**

Télé-expertise ++

# Remarques

- Le métronidazole n'est plus recommandé comme antibiotique de première ligne dans les infections à *C. difficile*
- Il n'existe pas de données suffisantes pour argumenter l'utilisation de hautes doses de vancomycine
- L'utilisation de la fidaxomicine pulsée peut être proposée chez les patients âgés à haut risque de récurrence
- Aucune prophylaxie médicamenteuse, y compris par probiotiques, n'est recommandée.

Avis infectieux  
en Normandie



<https://www.normantibio.fr/media-files/48879/coordonnees-ema-infectiologues-normandie-18.09.2025.pdf>

# Respect des durées et réévaluation systématique



RECOMMANDER LES BONNES PRATIQUES



## SYNTHÈSE

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

Validée par le Collège le 15 juillet 2021

Mise à jour août 2024



Cette fiche de synthèse mentionne l'antibiothérapie de 1ère intention et sa durée préconisée dans les infections bactériennes courantes de ville.

- Infections urinaires de la femme
- Infections ORL de l'enfant et de l'adulte
- Infections bactériennes cutanées
- Infection par *Helicobacter pylori* chez l'adulte
- Diverticulite aiguë sigmoïdienne non compliquée
- Urétrites et cervicites non compliquées
- Infections respiratoires basses **[2024]** : Coqueluche, Exacerbation de BPCO (EABPCO)

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-08/choix et durees dantibiotherapie\\_synthese\\_actualisation\\_aout\\_2024\\_mel v2.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-08/choix_et_durees_dantibiotherapie_synthese_actualisation_aout_2024_mel_v2.pdf)



Merci pour votre attention