



Oral is the new IV

Dr ZEGGAY

# Cas clinique n°1

- Patient de 69 ans
  - Aucun antécédant
  - Vaccin à jour
  - Grippe non faite
  - Tabagisme actif
- Motif de consultation au SAU
  - Douleur thoracique gauche brutale au réveil
  - Dyspnée
  - Toux
  - Frissons sans fièvre

# Cas clinique n°1

- Au SAU
  - Fièvre à 40,4°C
  - 132 bpm, 125/68 mmHg
  - FR 17 cycles/min
  - SpO2 à 95% sous 2L/min
  
- Absence de signe de DRA, crépitants en base gauche

# Question 1

- Vous hospitalisez le patient. Quelle antibiothérapie probabiliste
  - Amoxicilline
  - Amoxicilline/Clavunate
  - Ceftriaxone
  - Spiramycine
  - Pristinamycine

# Recos SPILF

Update of guidelines for management of community acquired pneumonia in adults by French infectious disease society (SPILF) and the French speaking society of respiratory diseases (SPLF). Endorsed by French Intensive care society (SRLF), French microbiology society (SFM), French radiology society (SFR), French emergency society (SFMU)

Aurélien Dinh <sup>a,\*</sup>, François Barbier <sup>b</sup>,  
Jean-Pierre Bedos <sup>c</sup>, Mathieu Blot <sup>d</sup>, Vincent Cattoir <sup>e</sup>,

**Tableau 6** Antibiothérapie probabiliste des PAC non graves chez l'adulte hospitalisé.

	1 <sup>er</sup> choix	Alternative
Sans comorbidités	Amoxicilline	C3G parentérale
Avec comorbidités	Amoxicilline-acide clavulanique	
Suspicion de co/surinfection bactérienne d'une infection virale (grippe)	Amoxicilline-acide clavulanique	
Tableau évocateur d'infection à bactérie atypique	Macrolide	Lévofloxacine*

*Réévaluation à 72 h*

Réévaluation à 72 h et désescalade en fonction de l'évolution clinique et des examens microbiologiques.

\* Lévofloxacine : uniquement si allergie grave aux bêtalactamines ou si contre-indication aux macrolides en cas de suspicion de bactérie atypique.

# Liste des comorbidités significatives

Update of guidelines for management of community acquired pneumonia in adults by French infectious disease society (SPILF) and the French speaking society of respiratory diseases (SPLF). Endorsed by French Intensive care society (SRLF), French microbiology society (SFM), French radiology society (SFR), French emergency society (SFMU)

Aurélien Dinh <sup>a,\*</sup>, François Barbier <sup>b</sup>,  
Jean-Pierre Bedos <sup>c</sup>, Mathieu Blot <sup>d</sup>, Vincent Cattoir <sup>e</sup>,

**Tableau 3** Liste des comorbidités à considérer dans le choix d'une antibiothérapie probabiliste pour une PAC.

## Comorbidités modifiant le choix d'antibiothérapie probabiliste pour une PAC

Hospitalisation dans les trois mois précédents

Antibiothérapie dans le mois précédent\*

Éthylisme chronique

Troubles de la déglutition

Maladie neurologique sévère avec risque de fausses routes\*\*

Néoplasie active

Immunodépression\*\*\*

BPCO sévère (VEMS < 50 % de la théorique) ou insuffisance respiratoire chronique (OLD ou VNI)

Insuffisance cardiaque congestive

Insuffisance hépatique

Insuffisance rénale chronique (DFG < 30 mL/min)

- **L'âge n'est pas un critère suffisant**

# Question 2

- Quelle voie d'administration ?
  - Intraveineuse
  - *Per os*

# Recos SPILF

Update of guidelines for management of community acquired pneumonia in adults by French infectious disease society (SPILF) and the French speaking society of respiratory diseases (SPLF). Endorsed by French Intensive care society (SRLF), French microbiology society (SFM), French radiology society (SFR), French emergency society (SFMU)

Aurélien Dinh <sup>a,\*</sup>, François Barbier <sup>b</sup>,  
Jean-Pierre Bedos <sup>c</sup>, Mathieu Blot <sup>d</sup>, Vincent Cattoir <sup>e</sup>,

## 2-2 Patient hospitalisé PAC non grave

- Antibiothérapie probabiliste de première ligne :
  - Patient sans comorbidité : amoxicilline *per os* ou injectable (**Grade A-1**) ; en cas d'allergie aux pénicillines : C3G injectable (**Grade B-1**) ([Tableau 6](#)),
  - Patient avec comorbidités (*cf.* [Tableau 3](#)) (sans facteur de risque d'infection à *Pseudomonas aeruginosa*, *cf.* chapitre correspondant) : soit amoxicilline-acide clavulanique *per os* ou injectable, soit C3G injectable (**Grade B-1**).

# Et si le patient est septique

The effect of the acute phase of infection on absorption of and exposure to orally administered antibiotics in non-critically ill, hospitalized patients

A. K. Van Den Broek<sup>1\*</sup>, C. E. Visser<sup>2</sup>, J. Veenstra<sup>3</sup>, B. T. J. Van Den Berg<sup>4</sup>, J. M. Prins<sup>1</sup> and R. M. Van Hest<sup>5</sup>

- Etude multicentrique prospective et interventionnelle
  - Patients fébriles (pneumonie ou IU)
  - Hospitalisés en service conventionnel
  - Entre aout 2019 et décembre 2021
  - Critères d'exclusion
    - Malabsorption ou pathologie digestive
    - Neutropénie
    - DFG < 30ml/min

# Et si le patient est septique

The effect of the acute phase of infection on absorption of and exposure to orally administered antibiotics in non-critically ill, hospitalized patients

A. K. Van Den Broek<sup>1\*</sup>, C. E. Visser<sup>2</sup>, J. Veenstra<sup>3</sup>, B. T. J. Van Den Berg<sup>4</sup>, J. M. Prins<sup>1</sup> and R. M. Van Hest<sup>5</sup>

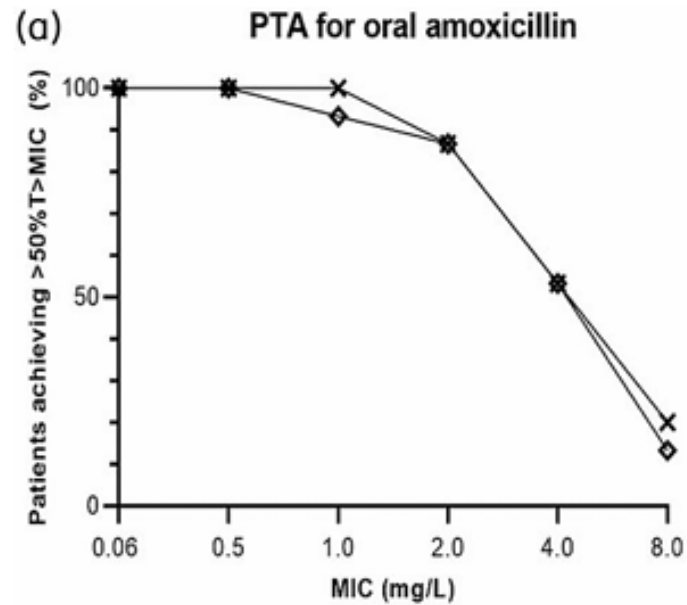
**Table 1.** Patient characteristics

	Amoxicillin (n=15)	Ciprofloxacin (n=29)
Age (years)	67 (21–80)	65 (18–87)
Gender (male)	12 (80)	13 (49)
Height (cm)	175 (157–195)	168 (1.55–1.89)
Weight (kg)	77.9 (53.3–121)	79.9 (45–130)
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	23.8 (18.8–40.9)	27.2 (18.0–39.3)
Presumed site of infection at admission	11 respiratory tract infection 4 urinary tract infection	18 urinary tract infection 8 Intra-abdominal infection 3 bone/joint infection
Definitive site of infection	9 respiratory tract infection 4 urinary tract infection 1 gastrointestinal infection 1 disseminated streptococcal infection	16 urinary tract infection 8 Intra-abdominal infection 1 bone/joint infection 3 skin and soft tissue infection 1 endocarditis
Time between the study visits <sup>a</sup>	47.3 h (43.7–185.7)	67.1 h (33.8–427.4)

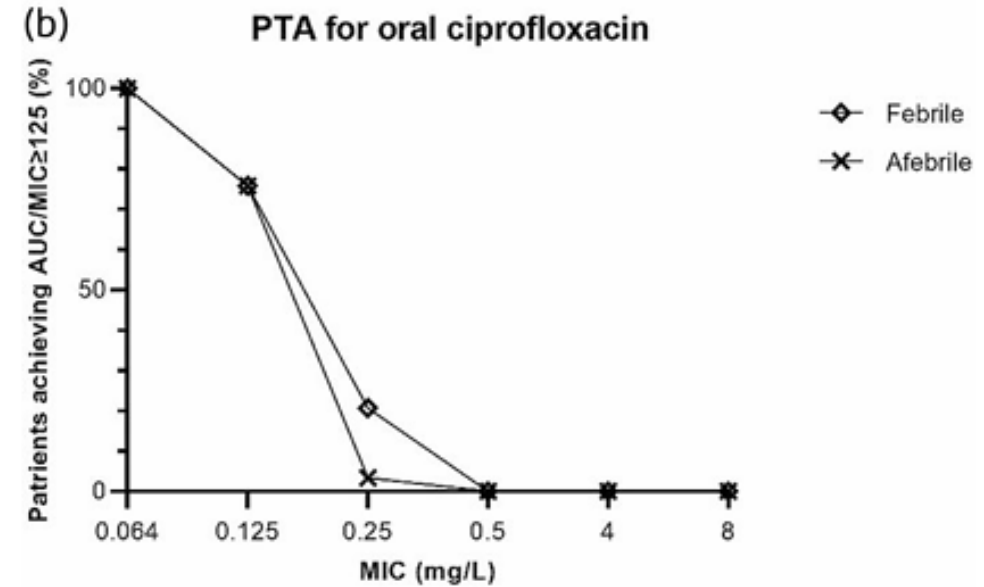
# Et si le patient est septique

The effect of the acute phase of infection on absorption of and exposure to orally administered antibiotics in non-critically ill, hospitalized patients

A. K. Van Den Broek<sup>1\*</sup>, C. E. Visser<sup>2</sup>, J. Veenstra<sup>3</sup>, B. T. J. Van Den Berg<sup>4</sup>, J. M. Prins<sup>1</sup> and R. M. Van Hest<sup>5</sup>



◆ Febrile  
✕ Afebrile



◆ Febrile  
✕ Afebrile

**Figure 4.** PTA for oral amoxicillin and ciprofloxacin. (a) PTA for oral amoxicillin 750 mg, defined as achieving an amoxicillin plasma concentration above the MIC during half of the dosing interval ( $50\%T_{>MIC}$ ); (b) PTA for oral ciprofloxacin 500 mg, defined as achieving an  $AUC_{0-24}/MIC$  ratio  $\geq 125$  (calculated as  $AUC_{0-12}$  multiplied by 2). PTA was calculated for a range of MICs, for the febrile phase and the afebrile phase separately.

PTA > 50% du temps au dessus de la CMI

<https://doi.org/10.1093/jac/dkac401>

# Cas clinique n°2

- Patient de 66 ans
- ATCD
  - SAOS
  - HTA
- Fermier avec élevage poules et moutons

# Cas clinique n°2

- Patient adressé pour fièvre avec AEG depuis 15 jours
- Au SAU
  - 39°C
  - Hémodynamique stable
  - Examen clinique sans point d'appel
  - Nombreuses plaies cutanées
- Appel de la bactériologie
  - Hémocultures positives à *S. aureus*

# Question 3

- Quelle antibiothérapie probabiliste ?
  - Oxacilline IV
  - Cloxacilline PO
  - Céfazoline IV
  - Daptomycine IV
  - Linézolide PO

# Données de résistances souches cliniques CHU Rouen

Bactéries à Gram positif	Nombre souches	Pénicilline G	Amoxicilline	Oxacilline	Céfotaxime	Erythromycine	Clindamycine	Vancomycine	Teicoplanine	Daptomycine	Rifampicine	Gentamicine	Tétracyclines	Minocycline	Levofloxacin	Linézolide	Cotrimoxazole
Staphylococcus aureus	1946	80%		7%		31%	3%	0%	0%	0%	1%	3%	5%	1%	8%	0%	3%
Staphylococcus epidermidis	721			59%		58%	30%	0%	0%	0%	8%	41%	18%	0%	44%	7%	40%
Staphylococcus haemolyticus	187			85%		91%	71%	0%	17%	0%	59%	81%	6%	1%	82%	0%	72%
Staphylococcus hominis	94			63%		71%	14%	0%	0%	0%	0%	30%	18%	0%	32%	0%	40%
Staphylococcus capitis	91			33%		22%	6%	0%	0%	0%	25%	27%	4%	0%	31%	0%	2%
Streptococcus pneumoniae	200	1%	6%	59%	0%	32%	30%	0%	0%		0%		30%		1%		15%
Streptocoques pyogènes (A,B,C,D,G,F)	530	0%	0%		0%	20%	16%	0%	0%		0%	6%	44%		2%		2%
Streptocoques non groupables	370	8%	5%		4%	31%	21%	0%	0%		2%	1%	28%		19%		13%
Enterococcus faecalis	998	0%	0%			30%		0%	0%		51%	5%			5%		6%
Enterococcus faecium	413		88%			76%		0%	0%		94%	52%			82%		26%

Données transmises par le Dr BOYER (bactériologie, CHU Rouen)

Vincent Le Moing<sup>a,\*</sup>, Éric Bonnet<sup>b</sup>, Vincent Cattoir<sup>c,d,e</sup>,  
Catherine Chirouze<sup>f</sup>, Laurene Deconinck<sup>g</sup>,  
Xavier Duval<sup>h</sup>, Bruno Hoen<sup>f</sup>, Nahéma Issa<sup>i</sup>,  
Raphaël Lecomte<sup>j,k</sup>, Pierre Tattevin<sup>l</sup>, Asmaa Tazi<sup>m,n</sup>,  
François Vandenesch<sup>o,p</sup>, Christophe Strady<sup>q</sup>

# Traitement

**Tableau 5a** Recommandations pour le traitement antibiotique de l'EVN staphylococcique.

Situation	Antibiothérapie	Commentaires
<b>Staphylocoques methicilline-sensibles</b>		
Sans allergie aux $\beta$ -lactamines	Céfazoline ou (Cl)oxacilline	Option privilégiée en cas de méningite.
Allergie précoce ou retardée non sévère aux pénicillines	Céfazoline	
Allergie sévère retardée aux pénicillines	Daptomycine + fosfomycine	

# ECCMID 2025 : Etude SNAP

## Essai randomisé contrôlé

- Plateforme adaptative
- Multicentrique > 130 sites
- Monde (9 pays)

## Critère d'inclusion principal

- Bactériémie *S. aureus*

## Critère de jugement principal

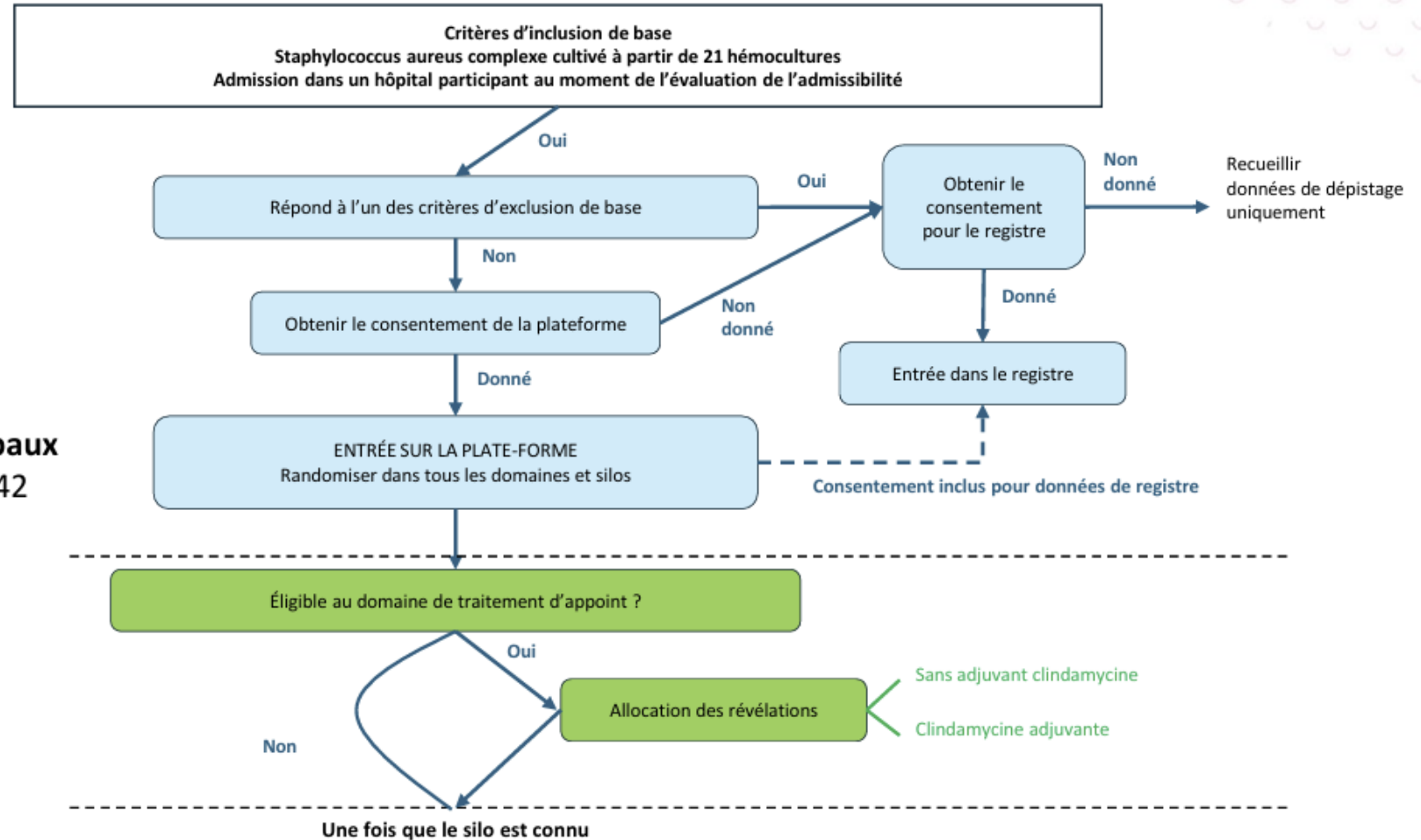
- Mortalité toutes causes J90

## Critères de jugement secondaires principaux

- Mortalités toutes causes à J14, J28 et J42
- Echec microbiologique J14 et J90

## Critères d'exclusion

- Inclusion > 72h de la 1<sup>ère</sup> hémoc
- Bactériémie polymicrobienne
- Fin de vie



# Céfazoline vs pénicilline M

Pour les bactériémies à SAMS et résistant pénicilline G

- La céfazoline est non-inférieure en termes de mortalité
- La céfazoline est moins néphrotoxique

	(Flu)cloxacillin (n = 670)	Cefazolin (n = 671)
<b>Mortalité toutes causes confondues à 90 jours</b>		
Oui	109 (17,0)	97 (15,0)
Manquant	28 (4,2)	26 (3,9)
<b>Odds ratio ajusté</b> (médiane, IC 95 %)	0,81 (0,59-1,12)	
<b>Non-infériorité, Pr (OU &lt; 1,2)</b>	0,9922	
<b>Supériorité, Pr (OU &lt; 1,0)</b>	0,8978	

	(Flu)cloxacillin (n = 670)	Cefazolin (n = 671)
<b>Insuffisance rénale aiguë</b>		
Oui	127 (19,1)	92 (13,7)
Manquant	18 (2,7)	11 (1,6)
<b>Odds ratio ajusté</b> (médiane, IC 95 %)	<b>0,67</b> (0,50-0,89)	
<b>Non-infériorité, Pr (OR &lt; 1,2)</b>	1,0000	
<b>Supériorité, Pr (OU &lt; 1,0)</b>	0,9970	

# Retour au cas clinique

- Vous n'avez aucun argument pour une localisation secondaire

# Question 4

- Quelle est votre attitude thérapeutique ?
  - Poursuite du traitement intraveineux
  - Relais par téicoplanine sous-cutanée
  - Relais *per os* à discuter selon hémocultures de contrôle
  - Relais *per os* mais pas avant J7

# Etude SABATO

Efficacy and safety of an early oral switch in low-risk *Staphylococcus aureus* bloodstream infection (SABATO): an international, open-label, parallel-group, randomised, controlled, non-inferiority trial



Achim J Kaasch, Luis Eduardo López-Cortés, Jesús Rodríguez-Baño, José Miguel Cisneros, M Dolores Navarro, Gerd Fätkenheuer, Norma Jung, Siegbert Rieg, Raphaël Lepeule, Laetitia Coutte, Louis Bernard, Adrien Lemaignan, Katrin Kösters, Colin R Mackenzie, Alex Soriano, Stefan Hagel, Bruno Fantin, Matthieu Lafaucie, Jean-Philippe Talarmin, Aurélien Dinh, Thomas Guimard, David Boutolle, Tobias Welte, Stefan Reuter, Jan Kluytmans, Maria Luisa Martin, Emmanuel Forestier, Hartmut Stocker, Virginie Vitrat, Pierre Tattevin, Anna Rommerskirchen, Marion Noret, Anne Adams, Winfried V Kern, Martin Hellmich, Harald Seifert, for the SABATO study group\*

- Essai randomisé, multicentrique, contrôlé en ouvert
  - Adulte avec bactériémie à *S. aureus* non-complicquée

	Intention-to-treat population			Clinically evaluable population		
	Oral switch group (n=108)	Intravenous group (n=105)	Percentage-point difference (95% CI)	Oral switch group (n=86)	Intravenous group (n=79)	Percentage-point difference (95% CI)
<b>Primary endpoint</b>						
SAB-related complication within 90 days	14 (13%)	13 (12%)	0.7 (-7.8 to 9.1)	3 (4%)	4 (5%)	-2.9 (-9.6 to 3.9)
Reason primary outcome was met						
SAB-related complication	6 (6%)	8 (8%)	-2.1 (-9.7 to 5.5)	3 (4%)	4 (5%)	-1.6 (-9.0 to 5.8)
Relapsing SAB	3 (3%)	4 (4%)	-1.0 (-6.8 to 4.7)	2 (2%)	2 (3%)	-0.2 (-5.1 to 4.7)
Deep-seated infection with <i>S aureus</i>	5 (5%)	8 (8%)	-3.0 (-10.4 to 4.4)	3 (4%)	4 (5%)	-1.6 (-9.0 to 5.8)
Death attributable to SAB	2 (2%)	0	1.9 (-1.6 to 5.3)	1 (1%)	0	1.2 (-2.3 to 4.6)
Missing outcome data	8 (7%)	5 (5%)	2.7 (-4.7 to 10.0)	..	..	..
Attributability of death non-evaluable	3 (3%)	1 (1%)	1.8 (-2.7 to 6.4)	..	..	..

# Etude SABATO

Efficacy and safety of an early oral switch in low-risk *Staphylococcus aureus* bloodstream infection (SABATO): an international, open-label, parallel-group, randomised, controlled, non-inferiority trial



Achim J Kaasch, Luis Eduardo López-Cortés, Jesús Rodríguez-Baño, José Miguel Cisneros, M Dolores Navarro, Gerd Fätkenheuer, Norma Jung, Siegbert Rieg, Raphaël Lepeule, Laetitia Coutte, Louis Bernard, Adrien Lemaïgnen, Katrin Kösters, Colin R Mackenzie, Alex Soriano, Stefan Hagel, Bruno Fantin, Matthieu Lafaurie, Jean-Philippe Talarmin, Aurélien Dinh, Thomas Guimard, David Boutoille, Tobias Welte, Stefan Reuter, Jan Kluytmans, Maria Luisa Martin, Emmanuel Forestier, Hartmut Stocker, Virginie Vitrat, Pierre Tattevin, Anna Rommerskirchen, Marion Noret, Anne Adams, Winfried V Kern, Martin Hellmich, Harald Seifert, for the SABATO study group\*

- Bactériémie à *S. aureus* non-complicquée =
  - Absence de bactériémie persistante à H72 d'une ATB-thérapie adaptée
  - Absence de matériel intravasculaire ou valvulaire
  - Absence de choc septique
  - Absence de localisation secondaire
- Relais PO possible si apyrexie
- Molécules utilisées :
  - Cotrimoxazole
  - Clindamycine
  - Linézolide

# Retour au cas clinique

- Finalement
  - Hémoculture de J3 positive => Score VIRSTA > 3
  - ETO révélant une EI valve aortique native de 6mm, sans abcès ni complication valvulaire
  -

# Question 5

- Comment adaptez vous votre attitude thérapeutique ?
  - J'avais raison, il fallait garder une antibiothérapie IV
  - Relais PO après réalisation d'une ETO de contrôle
  - J'ai gagné un passage en RCP le vendredi soir

Vincent Le Moing<sup>a,\*</sup>, Éric Bonnet<sup>b</sup>, Vincent Cattoir<sup>c,d,e</sup>,  
Catherine Chirouze<sup>f</sup>, Laurene Deconinck<sup>g</sup>,  
Xavier Duval<sup>h</sup>, Bruno Hoen<sup>f</sup>, Nahéma Issa<sup>i</sup>,  
Raphaël Lecomte<sup>j,k</sup>, Pierre Tattevin<sup>l</sup>, Asmaa Tazi<sup>m,n</sup>,  
François Vandenesch<sup>o,p</sup>, Christophe Strady<sup>q</sup>

# Dans l'endocardite

- Relais PO possible si :
  - ETO de contrôle
  - Apyrexie depuis au moins 48h
  - Diminution d'au moins 25% du S
  - Après J10 et au moins 7

**A discuter en RCP**

Tableau 6a Schémas d'antibiothérapie de la bactérie responsable.

		Schémas alternatifs
<i>Streptococcus spp.</i>	+ rifampicine	Dans l'attente des résultats de l'essai RODEO Amoxicilline
<i>Enterococcus faecalis</i>	Amoxicilline + moxifloxacine Amoxicilline + moxifloxacine	Dans l'attente des résultats de l'essai RODEO Amoxicilline
<i>Staphylococcus spp.</i>	Dans l'attente des résultats de l'essai RODEO Rifampicine + lévofloxacine	Cotrimoxazole
BGN	Ciprofloxacine	

# Cas clinique n°3

---

- Patient de 43 ans
- ATCD :
  - Tabagisme actif à 5PA
  - Travailleur BTP
- Consulte au SAU pour lombalgie évoluant depuis 1 mois et apparition secondaire de fièvre
- Automédication par AINS sans effet



# Spondylodiscite

- Hémocultures :
  - Le 08/03 : SAMS multi-S
  - Le 10/03 : Stériles
  - Le 12/03 : Stériles
- A J7, patient apyrétique sous céfazoline. Il n' y a pas d'abcès à l'imagerie. ETO sans argument pour une endocardite

# Question 6

- Quelle est votre attitude ?
  - Maintien céfazoline jusqu'à la fin du traitement
  - Maintien de la céfazoline jusqu'à J14 puis relais PO
  - Relais par clindamycine en monothérapie dès J7
  - Relais par lévofloxacine et rifampicine dès J7

# Recos SPILF 2023

Guidelines

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. Bemmerl<sup>m</sup>, L. Bernard<sup>a</sup>, the Review group  
Géraldine Bart<sup>aa</sup>, Pascal Coquerelle<sup>ab</sup>, Stéphane Corvec<sup>ac</sup>, Anne Cotten<sup>ad</sup>, Marion Couderc<sup>ae</sup>, E. Denes<sup>af</sup>, Arnaud Dupeyron<sup>ag</sup>, Sophie Godot<sup>ah</sup>, Marion Grare<sup>ai</sup>, A. Homs<sup>aj</sup>, Brigitte Lam<sup>ak</sup>, Jean Philippe Lavigne<sup>al</sup>, V. Lemoing<sup>am</sup>, Edouard Pertuiset<sup>an</sup>, P. Ribinik<sup>ao</sup>, France Roblot<sup>ap</sup>, Eric Senneville<sup>aq</sup>, Jean Philippe Talarmin<sup>ar</sup>, I. Tavares Figueiredo<sup>as</sup>, Marie Titeca<sup>at</sup>, Valérie Zeller<sup>au</sup>

## 7.1.1. Quel type d'antibiothérapie ? (Tableaux 3 et 4)

**R31 - En présence d'une bactériémie associée à une IDV à SAMS, le traitement antibiotique antistaphylococcique (pénicillines antistaphylococciques ou céfazoline) doit être administré par voie intraveineuse pendant une période minimale de 7 jours.**

En raison du risque élevé d'endocardite staphylococcique associé à l'IDV à *Staphylococcus aureus*, le traitement bactéricide anti-staphylococcique intraveineux doit durer au moins 7 jours. Dans ce contexte, l'endocardite doit être systématiquement recherchée [130,131].



# Recos SPILF 2023

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. Bemmerl<sup>m</sup>, L. Bernard<sup>a</sup>, the Review group  
Géraldine Bart<sup>aa</sup>, Pascal Coquerelle<sup>ab</sup>, Stéphane Corvec<sup>ac</sup>, Anne Cotten<sup>ad</sup>, Marion Couderc<sup>ae</sup>, E. Denes<sup>af</sup>, Arnaud Dupeyron<sup>ag</sup>, Sophie Godot<sup>ah</sup>, Marion Grare<sup>ai</sup>, A. Homs<sup>aj</sup>, Brigitte Lam<sup>ak</sup>, Jean Philippe Lavigne<sup>al</sup>, V. Lemoing<sup>am</sup>, Edouard Pertuiset<sup>an</sup>, P. Ribinik<sup>ao</sup>, France Roblot<sup>ap</sup>, Eric Senneville<sup>aq</sup>, Jean Philippe Talarmin<sup>ar</sup>, I. Tavares Figueiredo<sup>as</sup>, Marie Titeca<sup>at</sup>, Valérie Zeller<sup>au</sup>

**Table 3**

Antibiotic therapy for documented DVI.

Microorganisms	Initial therapy			Maintenance therapy		
	Molecule (s)	Dosing (per day)	Delivery	Molecule (s)	Dosing (per day)	Delivery
MSSA <sup>1</sup> /MSCNS <sup>2</sup>	Cefazolin	100 mg/kg	IV or CII <sup>c</sup>	Levofloxacin + Rifampicin	750 mg <sup>a</sup> + 10 mg/kg	PO, PO
	or Cloxacillin	150 mg/kg	IV or CII	or Clindamycin alone	600 to 900 mg/8h <sup>b</sup>	PO
if beta-lactams allergy	Daptomycin	10 mg/kg	IV			
	or Vancomycin	30 mg/kg on loading dose then 30 mg/kg	Slow IV CII			
SARM <sup>3</sup> /MRCNS <sup>4</sup>	Daptomycin	10 mg/kg	IV	Levofloxacin + Rifampicin	750 mg <sup>a</sup> + 10 mg/kg	PO, PO
	or Vancomycin	30 mg/kg on loading dose then 30 mg/kg	Slow IV CII	or Clindamycin alone	600 to 900 mg /12h <sup>b</sup>	PO
				or Sulfamethoxazole trimethoprim alone	320/1600 mg/12 h	PO
<i>Enterococcus spp</i>	Amoxicillin + Gentamicin	200 mg/kg + 5 mg/kg	IV, IV	Amoxicillin	3 g/8h	PO
	or Ceftriaxone	2 g/12 h	IV			

## 1. Quelle antibiothérapie est recommandée selon l'indication suspectée ?

Concernant le choix de l'antibiotique, se référer aux recommandations, au guide de prescription ou référentiel choisi par l'établissement ou recommandé dans votre région (Cf. site de votre centre régional en antibiothérapie).

Si l'antibiotique appartient au tableau 2 ci-dessous, la bonne biodisponibilité de l'antibiotique permet d'envisager la voie orale si les critères suivants (2, 3 et 4) sont remplis (pour la posologie, se référer aux tableaux 2 et 3 ci-dessous).

Lien vers les recommandations de la SPILF : <https://www.infectiologie.com/fr/recommandations.html>

## 2. Le patient est-il en sepsis ou choc septique ou s'agit-il d'une situation clinique nécessitant un traitement intraveineux initial ? (Cf. Tableau 1)

NON, la voie orale est envisageable d'emblée.

OUI, la voie orale ne pourra s'envisager que lorsque les signes de sepsis/choc auront disparu ou selon le délai préconisé dans le tableau en fonction de la situation clinique (Cf. Tableau 1).

## 3. Le tractus digestif du patient est-il fonctionnel et permet-il d'envisager la voie orale ?

### 3. Le tractus digestif du patient est-il fonctionnel et permet-il d'envisager la voie orale ?

NON, la voie orale n'est pas envisageable :

- syndrome de malabsorption ;
- diarrhée profuse dans les dernières 24 heures ;
- vomissements répétés dans les dernières 24 heures ;
- troubles de la déglutition, sauf si un dispositif de nutrition entérale est en place et qu'il existe une forme galénique adaptée

OUI, la voie orale est envisageable

### 4. L'adhésion thérapeutique du patient est-elle bonne ?

NON, la voie orale n'est pas envisageable.

Si le patient n'est pas en mesure de gérer seul son traitement par voie orale, envisager la mise en place d'un pilulier et/ou l'administration orale par une infirmière.

OUI, la voie orale est envisageable

#### Remarque générale :

Proposer autant que possible une alerte automatisable dans le logiciel de prescription.

Si le patient n'est pas en sepsis ou en choc septique et qu'il existe au moins un traitement médicamenteux prescrit par voie orale, considérer la possibilité d'un relais oral de l'antibiotique (hormis pour les situations cliniques listées dans le Tableau 1).

#### Accompagner la sortie d'hospitalisation du patient :

S'assurer de la disponibilité de l'antibiotique et des modalités de dispensation (rétrocession, officine de ville) afin de garantir la continuité des traitements médicamenteux.



Merci pour votre attention

Dr ZEGGAY