

# Stratégie pour la prescription des antibiotiques oraux pour les infections les plus fréquentes dans la pratique ambulatoire chez les patients sans comorbidité.

PATHOLOGIE	ESTIMATION DE L'INDICATION D'UN AB	ANTIBIOTIQUE DE 1 <sup>er</sup> CHOIX (*) et remarques
Les pathologies pour lesquelles un AB n'est quasiment jamais nécessaire (p.ex. bronchite aiguë) et celles survenant moins fréquemment en pratique ambulatoire ne sont pas reprises.	Liste non-limitative: pour les pathologies dans lesquelles un AB n'est pas systématiquement recommandé, une moindre capacité de défense contre l'infection (diabète, immunité compromise) conduira à envisager plus rapidement la prescription d'un AB (sans preuve cependant du bien-fondé de cette attitude)	
<b>Mal de gorge aigu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients à risque (cancéreux, antécédents RAA, résistance générale altérée, épidémie à streptocoque en communauté fermée)</li> <li>• Patients fort malades</li> </ul>	<b>Phenoxymethylpenicilline :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfant 50.000 UI/kg/j en 3-4 x pdt 7 j (préparation magistrale)</li> <li>• Adulte 3.000.000 UI/j en 3 x pdt 7j</li> </ul>
<b>Otite moyenne aiguë</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfants &lt; 6 mois</li> <li>• Enfants 6 mois – 2 ans état général altéré ou pas d'amélioration après 2 jours</li> <li>• &gt; 2 ans pas d'amélioration après 3 jours</li> <li>• Patients à risque</li> <li>• Otorrhée</li> </ul>	<b>Amoxicilline</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfant 75-100mg/kg/j en 3-4 x pdt 5-7 jours</li> <li>• Adulte 3x1g/j pdt 5-7 j</li> </ul> <u>SI</u> pas d'amélioration après 2 jours voir rhinosinusite. Hospitaliser si gonflement rétroauriculaire, raideur de nuque, altération de la conscience Patient à risque: syndrome de Down, fente palatine, résistance générale amoindrie
<b>Rhinosinusite aiguë</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• si rhinosinusite sévère (douleur++, fièvre, état général altéré)</li> <li>• si pas d'amélioration après 7-10 jours</li> </ul>	<b>Amoxicilline</b> 3x1g/j pdt 5-7 j (enfant 75-100mg/kg/j en 3-4x) <u>SI</u> pas d'amélioration après 2 jours remplacer par : <ul style="list-style-type: none"> <li>• amoxi-clavulanate 875/125 x 3</li> <li>• enfant: amoxicilline + amoxi-clavulanate 37,5/50mg/kg/j</li> </ul> Hospitaliser si rougeur et gonflement visage, signes visuels, orbitaux, méningés, cérébraux.
<b>Pneumonie</b>	Toujours AB	<b>Amoxicilline</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfant 75-100mg/kg/j en 3-4x pdt 5-7 j</li> <li>• Adulte : Amoxicilline 3x1g pdt 8j</li> </ul> Co-morbidité: amoxi-clavulanate Pas d'amélioration en 48h: + neo-macrolide et réévaluer après 48h Risque augmenté ou tableau clinique sévère : hospitaliser Pas d'amélioration après 2 <sup>e</sup> délai de 48h : hospitaliser
<b>Exacerbation BPCO</b>	Si patient fort malade, VEMS < 30%, aggravation malgré traitement maximal ou non-amélioration après 3-4 j	<b>Amoxicilline</b> 3x1g/j pdt 8 jours <u>SI</u> pas d'amélioration en 48h : remplacer par amoxi-clavulanate 3x875/125 mg/j
<b>Impétigo</b>	Lésions étendues ou échec traitement local	<b>Cloxacilline</b> 1-2 g en 3-4x pdt 7j (enfant 50-100mg/kg/j) OU <b>Flucloxacilline</b> 1 à 2 g en 3-4 x pdt 7j (enfant 50-100mg /kg/j)
<b>Erysipèle, cellulite</b>	Toujours AB	<b>Penicilline</b> en cas de suspicion clinique d'infection à streptocoque <u>OU</u> <b>Cloxacilline</b> 4x500 mg pdt 14 j (enfant 50mg/kg/j) <u>OU</u> <b>Flucloxacilline</b> 3x1g pdt 10-14j (enfant 50-100mg/kg/j)
<b>Morsures</b>	Toute morsure de chat/humain Toute morsure infectée	<b>Amoxi-clavulanate</b> 500/125 3x/j pdt 7-14j (enfant: Amoxi-clavulanate 30/7,5mg /kg/j)
<b>Maladie de Lyme</b>	Pas de prophylaxie Traiter dès érythème migrant chronique	<b>Doxycycline</b> 200mg 1x pdt10j <u>OU</u> <b>Amoxicilline</b> 3x500mg/j pdt 14-21j (enfant 50mg/kg/j)

PATHOLOGIE	ESTIMATION DE L'INDICATION D'UN AB	ANTIBIOTIQUE DE 1 <sup>er</sup> CHOIX (*) et remarques
<b>Cystite</b>	Femme enceinte : toujours traiter	<b>Nitrofurantoïne</b> 3x100mg pdt 3j <b>Trimethoprim</b> 300mg 1x/j pdt 3j Femme enceinte : amoxicilline ou nitrofurantoïne Enfant : avis spécialisé (sauf fille >5ans), traitement rapide, mise au point si récidive
<b>Pyélonéphrite</b>	Instauration traitement rapide	<b>Quinolone</b> Ciprofloxacine 250-500mg 2x pdt 10j ou ofloxacine 400-800mg pdt 10j ou levofloxacine 250-500mg pdt10j Enfant : hospitaliser Septicémie : hospitaliser Femme enceinte : avis spécialisé
<b>Prostatite</b>	Aigüe : AB Chronique : controversé	<b>Quinolone</b> Ofloxacine 400mg/j en 1 à 2x pdt 21j ou levofloxacine 500mg/j en 1x pdt 21j Dans contexte MST : traiter partenaire
<b>Orchi-épidymite</b>	Enfant : généralement viral Adulte : AB	Adulte : <b>Quinolone</b> Ofloxacine 2x200mg pdt 10-14j ou levofloxacine 500mg/j pdt 10-14j Adolescent : Cotrimoxazole 400-800mg x 2 pdt 10-14j ou azithromycine 1g 1x et adapter selon AB gramme urinaire Dépistage et traitement autres MST chez patient et partenaire(s)
<b>Pelvic Inflammatory Disease</b>	Toujours AB En ambulatoire si bon état général et absence de complications	<b>Quinolone</b> seule OU combinée avec dérivé <b>imidazole</b> Ofloxacine 2x400mg pdt 14j ou levofloxacine 500mg/j pdt 14j + metronidazole 3x500mg pdt14j Suspicion gono: + ceftriaxone 125mg Enfants: avis spécialisé Dépistage et traitement autres MST chez patient et partenaire(s)
<b>Urétrite</b>	AB actifs sur gonocoque et chlamydia en attente des résultats des analyses microbiologiques	• origine indéterminée <b>Ceftriaxone</b> 125mg x1 IM + <b>doxycycline</b> 2x100mg pdt 7j OU + <b>azithromycine</b> (1g en prise unique) • gono : ceftriaxone 125mg ou spectinomycine 2g IM dose unique • Chlamydia : doxycycline ou azithromycine Dépistage et traitement autres MST chez patient et partenaire(s)
<b>Syphilis</b>	Toujours AB	Primaire et secondaire précoce <b>Benzathine Penicilline</b> 2.400.000 UI (en IM en 2 sites≠) Enfant : 50.000 UI/kg en IM (en 2 sites)
<b>Abcès dentaire</b>	En cas d'abcès dento-osseux	<b>Amoxicilline</b> 4x500mg pdt 3-5 j
<b>Gastro-entérite (non-voyageur)</b>	Uniquement en cas de syndrome dysentérique (fièvre et/ou sang et/ou altération état général) ou chez patients à risque (valve, implant)	<b>Quinolone</b> (voir diverticulite) pdt 3-5 jours ensuite selon AB gramme  Réhydrater
<b>Diverticulite</b>	Toujours AB	<b>Quinolone</b> Ciprofloxacine 1g/j en 2x ou ofloxacine 400mg/j en 1à 2x ou levofloxacine 500mg/j en 1x + <b>metronidazole</b> 3x500 mg pdt 7-10j OU <b>amoxi-clavulanate</b> 500/125 x 3 pdt 7-14j Possible en ambulatoire en cas de diverticulite non compliquée
<b>Abcès péri-anal</b>	Incision et drainage AB si nécessaire	<b>Amoxi-clavulanate</b> 500/125 x 3 pdt 5 (à 10) jours OU <b>Metronidazole</b> 500mg x 3 avec • soit <b>Cotrimoxazole</b> 800/160 x 2 • soit <b>Fluoroquinolone</b> (voir diverticulite) pendant 5 (à 10) jours

Version 2009 rédigée à l'occasion du feedback antibiotiques 2009 du CNPQ  
D'après: **le Guide belge des traitements anti-infectieux en pratique ambulatoire édition 2008 BAPCOC**, mis à jour régulièrement sur le site [www.health.fgov.be/antibiotics](http://www.health.fgov.be/antibiotics) .

**(\*) Ce document ne doit pas être interprété ou utilisé comme une recommandation standard pour un patient particulier. La décision ultime du choix du traitement est prise par le médecin en fonction des données cliniques présentes, de l'anamnèse et des options thérapeutiques disponibles.**