

Guide **belge**
de **traitement** anti-infectieux
en pratique **ambulatoire**

2021

Table des matières

Utilisation rationnelle des antibiotiques.....	1
Méthodologie de la mise à jour du Guide de traitement anti-infectieux en pratique ambulatoire 2019/2021.....	6

INFECTIONS RESPIRATOIRES

Mal de gorge aigu	8
Otite moyenne aiguë.....	9
Rhinosinusite aiguë	11
Épiglottite aiguë.....	13
Laryngite striduleuse.....	14
Infections aiguës des voies respiratoires inférieures chez l'enfant.....	15
Bronchiolite.....	16
Infections aiguës des voies respiratoires inférieures chez l'adulte	17
Exacerbation aiguë de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)	18
Influenza (grippe saisonnière).....	19
Rhinite	20
Coqueluche (<i>Bordetella pertussis</i>)	21

INFECTIONS PEAU & TISSUS MOUS

Acné.....	22
Impétigo.....	23
Cellulite et érysipèle.....	24
Morsures.....	25
Herpès labial	26

Varicelle et herpès zoster (zona).....	27
Maladie de Lyme - Erythème migrant (EM).....	28
Gale.....	29
Mastite du postpartum.....	30
Candidoses et autres mycoses cutanées (Intertrigo ; dermatite des langes ; <i>Tinea pedis, corporis, cruris</i>)	31
Candidose oropharyngée.....	32
Onychomycose.....	33

INFECTIONS UROGÉNITALES

Cystite aiguë.....	34
Pyélonéphrite aiguë	36
Prostatite aiguë.....	37
Orchi-épididymite.....	38
Maladie inflammatoire pelvienne (Pelvic Inflammatory Disease, PID).....	39
Vulvo-vaginite aiguë.....	40
Urétrite	42
Syphilis	43
Herpès génital.....	44
Traitement du partenaire sexuel et traitement des infections sexuellement transmissibles (IST) asymptomatiques.....	45

INFECTIONS GASTROINTESTINALES

Gastro-entérite aiguë sauf diarrhée du voyageur).....	46
Diverticulite	47
Abcès périanal	48
Éradication de l' <i>Helicobacter pylori</i>	49

ABCÈS DENTAIRE

Abcès dentaire.....	50
---------------------	----

OPHTALMOLOGIE

Conjonctivite aiguë.....	51
Politique antibiotique et contrôle des infections associées aux soins dans les Maisons de repos et de soins.....	52

SARM

<i>S. aureus</i> et SARM.....	53
-------------------------------	----

Utilisation rationnelle des antibiotiques

L'édition 2019 du « Guide belge de traitement anti-infectieux en pratique ambulatoire » fait le point sur les connaissances scientifiques actuelles concernant l'utilité et l'efficacité des médicaments anti-infectieux dans le traitement des infections courantes en pratique ambulatoire. Le guide présente des recommandations pour le traitement de ces infections, basées sur la littérature scientifique et validées par des experts locaux pour une utilisation en Belgique. Le guide se penche principalement sur les infections bactériennes et leurs traitements, toutefois, une attention particulière a également été accordée aux infections virales, aux infections dues aux levures et aux champignons et par conséquent aux antiviraux et aux antimycotiques pertinents pour la pratique ambulatoire. De façon délibérée, l'importance et la place de la vaccination ne sont pas traitées dans ce « guide antibiotique ». Concernant d'éventuels traitements autres que anti-infectieux, nous référons à des recommandations élargies de bonne pratique médicale.

1. Indications et risques du traitement antibiotique

Le corps humain possède d'excellentes défenses naturelles contre les infections. La plupart des infections courantes dans la pratique ambulatoire guérissent spontanément et les antibiotiques n'ont que très peu, voire aucune influence sur l'évolution de la maladie. Les antibiotiques ne sont nécessaires que pour le traitement des infections causées par des bactéries virulentes, lorsque le système immunitaire du patient est gravement affecté (immunosuppression) ou lorsqu'une infection évolue très sévèrement (par ex. sepsis). La relation entre le bénéfice potentiel de l'antibiothérapie et le risque d'effets secondaires (y compris le développement d'une résistance) doit être évaluée pour chaque patient. Un antibiotique peut également être envisagé en cas de comorbidité ou pour les groupes d'âge vulnérables (très jeunes enfants ou personnes très âgées). Souvent, les données scientifiques nécessaires pour appuyer la stratégie à adopter dans ces groupes de patients particuliers ne sont pas disponibles. C'est alors au médecin de juger qui sont les patients à risque et quand un antibiotique est justifié, sur la base des facteurs de risque, des antécédents et du tableau clinique.

Pour le sens du terme « immunodéprimé », nous renvoyons à l'avis du Conseil supérieur de la Santé intitulé « Vaccination des enfants et des adultes immunodéprimés et atteints de maladies chroniques » (1) : les personnes peuvent être immunodéprimées suite à un trouble immunitaire primaire ou congénital ou à un trouble immunitaire secondaire ou acquis. Ces derniers sont principalement dus à des troubles immunitaires ou à des médicaments immunosuppresseurs. Les troubles sous-jacents comprennent les troubles hématologiques, le VIH avec un nombre de CD4 < 500. En cas de troubles inflammatoires auto-im-

muns chroniques tels que les maladies rhumatismales et systémiques, les maladies inflammatoires de l'intestin et le psoriasis, il n'y a pas d'immunosuppression significative. Exception faite du lupus actif. La liste des médicaments immunosuppresseurs est disponible sous ce lien.

Tout traitement antibiotique peut entraîner le développement de souches résistantes, tant chez les bactéries commensales que pathogènes. Les mécanismes de résistance microbienne peuvent se transmettre entre bactéries. En outre, les bactéries résistantes peuvent aussi se transmettre d'une personne à l'autre. Par exemple, il semble que les personnes qui ont été hospitalisées récemment ou qui ont récemment reçu des antibiotiques et les enfants qui séjournent dans les crèches sont plus susceptibles d'être porteuses de bactéries résistantes (2, 3, 4). Il a aussi été démontré que la prévalence des pneumocoques résistants est plus élevée dans les régions où l'utilisation des antibiotiques est élevée (5).

L'utilisation rationnelle des antibiotiques est donc essentielle pour enrayer l'augmentation de la résistance microbienne. En effet, le traitement des bactéries (multi)résistantes peut s'avérer très difficile et contraindre les patients concernés à recevoir des antibiotiques administrés par voie parentérale, qui ont plus d'effets secondaires et/ou qui sont plus coûteux.



2. Utilisation appropriée des antibiotiques

Les antibiotiques sont indispensables dans le traitement des infections graves - telles que la méningite bactérienne, le sepsis, la pyélonéphrite et l'ostéomyélite - mais ils peuvent également s'avérer utiles dans le traitement d'autres infections moins sévères.

En tout cas, il est essentiel de les utiliser de façon appropriée pour réduire le risque de développement de résistance. Les aspects suivants doivent être considérés avec attention :

- **une dose correcte** (suffisamment élevée);
- **une durée correcte** (la plus courte possible);
- **une fréquence d'administration correcte;**
- **la limitation de cures successives d'antibiotiques chez un même patient** (surtout s'il s'agit de molécules différentes);
- **la réduction au minimum du nombre de traitements antibiotiques au sein d'une communauté ou d'une population plus large** (surtout s'il s'agit de molécules différentes).
- le respect des conditions d'administration (par exemple, en lien avec le repas)

Dans le corps humain, une interaction va s'établir entre l'antibiotique et l'agent pathogène, en fonction des paramètres pharmacodynamiques importants suivants : la concentration minimale inhibitrice (CMI), la concentration maximale de l'antibiotique (C_{max}), l'intervalle de temps pendant lequel la concentration de l'antibiotique dépasse la CMI (temps au-dessus de la CMI), et l'aire sous la courbe des concentrations dans le temps (aire sous la courbe ou AUC).

L'importance de ces paramètres varie selon la classe d'antibiotiques. L'effet de certains antibiotiques, notamment des aminosides et des quinolones, est fortement lié à leur concentration maximale - plus la concentration maximale est élevée, meilleur sera l'effet obtenu (concentration-dépendent killing). Les paramètres pertinents sont C_{max}/CMI et AUC/CMI. Il est préférable de répartir ces antibiotiques sur un nombre limité d'administrations afin d'obtenir les concentrations maximales les plus élevées possibles (exemple : moxifloxacine en 1 prise par jour).

Pour les antibiotiques bêta-lactames, l'effet n'est pas seulement lié à leur concentration, mais aussi à la durée de l'exposition - plus la bactérie est exposée longtemps à une concentration d'antibiotique supérieure à la CMI, meilleur sera l'effet (time-dependent killing). Le paramètre pertinent est le « temps au-dessus de la CMI ». Il est préférable de répartir ces antibiotiques sur un grand nombre d'administrations afin de prolonger au maximum la durée d'exposition (exemple : amoxicilline en 3 à 4 prises par jour).

Dans ce guide, la durée du traitement est également mentionnée pour chaque traitement. Souvent, les conditionnements sont plus grands que nécessaire. Il est important d'expliquer aux patients que dans ces cas, ils ne doivent pas vider la boîte, mais bien suivre la prescription du médecin.

3. Choix de l'antibiotique

Lors du choix d'une classe particulière d'antibiotiques, le foyer de l'infection, le ou les pathogènes incriminés et l'anamnèse médicamenteuse sont importants. Les choix exposés dans ce guide sont basés sur la littérature scientifique. Les critères suivants doivent être utilisés pour choisir entre différentes molécules ayant une efficacité similaire :

- a. spectre d'action (aussi étroit que possible);
- b. effets indésirables;
- c. chiffres locaux de résistance connus;
- d. observance du traitement attendue;
- e. coût.

Sur cette base, l'option se portait généralement sur une molécule en particulier plutôt que sur une classe d'antibiotiques. Par ailleurs, il a été décidé de réserver certaines molécules aux traitements de deuxième ligne.

4. Allergie à la pénicilline

L'allergie à la pénicilline peut s'exprimer de différentes façons. Les réactions immédiates IgE médiées (type I) peuvent donner lieu à un choc anaphylactique. Cette réaction anaphylactique peut se manifester sous différentes formes : érythème, prurit, œdème de Quincke, urticaire, bronchospasme, œdème laryngé, hyperpéristaltisme, hypotension ou arythmie cardiaque. L'incidence est faible : un choc anaphylactique ne survient que chez maximum 0,015 % des individus exposés. Les réactions mortelles sont extrêmement rares : entre 1972 et 2007, une personne est décédée d'une réaction anaphylactique après avoir pris de l'amoxicilline par voie orale au Royaume-Uni alors qu'environ 100 millions de personnes y ont été exposées. (6). Chez les enfants, les réactions anaphylactiques après prise de pénicilline sont encore plus rares.

Les réactions de type retardé non IgE médiées (type II, III ou IV) ne sont pas fatales. Elles comprennent la maladie sérique, l'anémie hémolytique, la thrombopénie et les réactions idiopathiques (éruption maculopapuleuse ou morbilliforme).

Dans le cas d'une allergie de type I, une allergie croisée entre la pénicilline et d'autres antibiotiques bêta-lactames est possible et toute administration d'antibiotiques bêta-lactames (sauf l'aztréonam) présente donc un risque. Si la pénicilline est le premier choix de traitement, nous proposons toujours une alternative pour les patients qui ont des allergies de type I à la pénicilline. Étant donné que 2 % (6) de cas d'allergie croisée sont rapportés avec les céphalosporines, dans ce cas, aucune céphalosporine (surtout de première ou deuxième génération) ne sera recommandée. Pour les allergies non IgE médiées, les céphalosporines constituent une bonne alternative. En raison de son spectre, le céfuroxime, une céphalosporine de deuxième génération, sera souvent proposé. La biodisponibilité

de cette molécule par voie orale n'est toutefois pas optimale. C'est pourquoi elle n'est plus proposée comme alternative pour le traitement d'infections graves comme la pneumonie.

5. Un germe important, le pneumocoque

Les infections respiratoires sont la principale cause d'utilisation d'antibiotiques dans la pratique ambulatoire. La majorité de ces infections sont d'origine virale. De plus, dans les infections respiratoires virales et bactériennes, l'évolution spontanée est généralement favorable.

Le pneumocoque est la cause bactérienne la plus importante des infections respiratoires en dehors de l'hôpital. Bien que la majorité de ces infections évoluent favorablement, le pneumocoque peut parfois donner lieu à des infections invasives (sepsis, méningite, pneumonie). Si une infection respiratoire est traitée avec des antibiotiques, le traitement sera principalement dirigé contre le pneumocoque.

La plupart des pneumocoques sont encore très sensibles à la pénicilline. En 2017, le pourcentage de pneumocoques présentant une sensibilité réduite à la pénicilline (CMI > 0,06 mg/l) provenant d'isolats d'infections invasives était de 11,1%. (7)

En cas de sensibilité intermédiaire à la pénicilline (CMI 0,06-1 mg/l), il suffit d'augmenter la dose de l'antibiotique bêta-lactame.

La résistance complète à la pénicilline (CMI > 1 mg/l) est très rare. Dans ce cas, la pénicilline ne sera plus efficace, même à fortes doses. La résistance à la pénicilline des pneumocoques est due à la modification de la cible de l'antibiotique, à savoir les transpeptidases ou protéines de liaison à la pénicilline, et non à la production de bêta-lactamase. Il est donc inutile d'ajouter de l'acide clavulanique

pour surpasser cette résistance. Avec une résistance totale à la pénicilline, certaines quinolones, comme la moxifloxacine et (dans une moindre mesure) la lévofloxacine, conservent une bonne activité pour le moment. Il est cependant de la plus haute importance d'utiliser le moins possible ces antibiotiques, afin de prévenir le développement d'une résistance (non seulement au niveau des pneumocoques, mais aussi et surtout au niveau des Enterobacteriaceae de la flore intestinale). De plus, les avertissements concernant les effets secondaires potentiellement graves des quinolones augmentent. Compte tenu des taux de résistance élevés des macrolides (16,2% en 2017) et des tétracyclines (14,3% en 2017), ces classes ne sont pas non plus des alternatives (7).

Dans le cadre d'une politique antibiotique responsable, en cas d'infection respiratoire, une dose suffisamment élevée d'amoxicilline sera préférée, car elle est efficace dans > 99% des infections à pneumocoques. En cas d'allergie à la pénicilline de type I, les quinolones susmentionnées (de préférence la moxifloxacine) seront proposées comme alternative.



6. La résistance microbienne dans une population spécifique : l'exemple des infections des voies urinaires

En cas d'infection urinaire chez une jeune femme non enceinte, le médecin généraliste limitera souvent le diagnostic à la détection des nitrites et des globules blancs dans l'urine par tigelette. Une culture d'urine est habituellement réservée aux infections compliquées ou aux infections qui connaissent une évolution défavorable malgré le traitement. Les échantillons analysés en laboratoire ne sont donc pas représentatifs de la situation réelle de la pratique ambulatoire, mais illustrent plutôt le «pire des cas». Ceci s'applique également à d'autres infections. Il en résulte un écart entre le profil réel des résistances dans la pratique ambulatoire et les chiffres obtenus sur la base des données de laboratoire. Ceci a été confirmé par des études dans lesquelles des cultures systématiques ont été réalisées pour toutes les infections urinaires et où il a été démontré que la résistance est moindre lorsqu'aucune sélection n'est appliquée sur les échantillons (7).

7. Réglementation et évolution

- a. Depuis avril 2017, les antibiotiques ne sont plus remboursés dans la catégorie B (spécialités pharmaceutiques importantes sur le plan thérapeutique) mais dans la catégorie C (médicaments destinés au traitement symptomatique). Cela a conduit à une augmentation de la quote-part des patients dans le prix des antibiotiques.
- b. Les quinolones ont été incluses dans le chapitre IV des conditions de remboursement. Cela signifie que le remboursement est assorti de conditions spécifiques. Les quinolones ne sont remboursées que dans les cas suivants :
 - pyélonéphrite aiguë, après prise d'échantillon de culture pour antibiogramme;
 - prostatite aiguë;
 - prostatite chronique, après prise d'échantillon de culture pour antibiogramme;
 - urétrite aiguë, après prise d'échantillon de culture pour antibiogramme;
 - orchite-épididymite;
 - pelvic inflammatory diseases;
 - diverticulite aiguë, non compliquée;
 - pour les patients ayant une comorbidité sévère ou sous traitement avec un immunosuppresseur ou présentant une malignité ou atteints d'une infection VIH;
 - dans une situation exceptionnelle et urgente qui nécessite l'initiation d'un traitement par quinolone.

Pour les conditions complètes de remboursement, voir :

<https://www.cbip.be/fr/chapters/12?frag=10165>

8. Collaborateurs de l'édition 2019/2021

Groupe d'auteurs – UGent

- Prof. Dr. De Sutter An
- Dr. Piessens Veerle
- Dr. Poelman Tom
- Dr. Van Roy Kaatje

Coordination générale – BAPCOC – Pilier Humain

- Dedroog Liesbet
- Ingenbleek Anne
- Pharm. Segers Hanne-Lore
- Pharm. Wuyts Joke, PhD



9. RÉFÉRENCES

1. <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/immunogecompromiteerde%20en%20chronisch%20zieke%20kinderen%20en%20volwassenen.pdf>
2. Publication of the superior health council No. 9158. Vaccination of immunocompromised or chronically ill children and/or adults (2019). <https://www.health.belgium.be/fr/avis-9158-patients-id-et-vaccination>
3. Malhotra-Kumar S, Lammens C, Coenen S, Van Herck K, Goossens H. Effect of azithromycin and clarithromycin therapy on pharyngeal carriage of macrolide-resistant streptococci in healthy volunteers : a randomised, double-blind, placebo-controlled study. *Lancet* 2007;369(9560) :482-90
4. Costelloe C, Metcalfe C, Lovering A, Mant D, Hay AD. Effect of antibiotic prescribing in primary care on antimicrobial resistance in individual patients : systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2010;340(7756)
5. Goossens H, Ferech M, Vander Stichele R, Elseviers M and the ESAC Project Group. Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance : a cross-national database study. *Lancet* 2005;365(9459) :579-87
6. <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/surveillance-antimicrobial-resistance-europe-2017>
7. Shenoy ES, Macy E, Rowe T, Blumenthal KG. Evaluation and management of penicillin allergy : a review. *JAMA* 2019; 15 : 188-199.
8. Surveillance van de pneumokokkeninfecties in België. Verslag voor 2017. Nationaal Referentiecentrum voor de surveillance van *Streptococcus pneumoniae*. Laboratorium microbiologie Universitair Ziekenhuis Gasthuisberg. Leuven. https://nrchm.wiv-isp.be/fr/centres_ref_lab/streptococcus_pneumoniae_invasive/Rapports/Streptococcus%20pneumoniae%202017.pdf
9. Heytens S, Boelens J, Claeys G, De Sutter A, Christiaens T. Uropathogen distribution and antimicrobial susceptibility in uncomplicated cystitis in Belgium, a high antibiotics prescribing country : 20-year surveillance. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2017; 36 :105–113.



Méthodologie de la mise à jour du Guide de traitement anti-infectieux en pratique ambulatoire 2019/2021

L'actualisation du guide BAPCOC est basée sur les recommandations existantes de bonne qualité, complétées par une revue systématique de la littérature.

1^{re} étape : recommandations existantes

- S'il existe une recommandation¹ récente/à jour de **Domus Medica**, **WOREL** ou de **NHG**, nous l'avons utilisée pour la mise à jour du guide BAPCOC. Nous aussi systématiquement consulté La Revue Prescrire. Ces choix se justifient par le fait que ces recommandations sont de bonne qualité et sont les plus pertinentes pour le contexte belge.
- Pour les troubles **chez les enfants**, nous avons en outre systématiquement consulté la **réunion de consensus INAMI 2016** « L'usage rationnel des antibiotiques chez les enfants dans les soins ambulatoires ».
- Nous avons systématiquement consulté les **Cochrane Systematic Reviews** publiées depuis la version précédente du guide BAPCOC.
- Nous avons aussi systématiquement vérifié s'il existe une révision de **BMJ Clinical Evidence** sur le sujet. Ces recommandations n'ont pas été mises à jour depuis 2015. Nous ne les avons utilisées comme ressource que si elles étaient relativement récentes et que peu d'autres informations étaient disponibles.
- S'il n'existait pas de recommandation (récente/ mise à jour) de Domus Medica, WOREL, NHG ou de La Revue Prescrire, nous avons fait des recherches auprès des recommandations

1 Récente/à jour = portant la mention « actuelle » et au moins plus récente que 2011

du **NICE** (UK), du **SIGN** (Écosse) et du **HAS** (France).

- Pour les infections urogénitales, nous avons également examiné les recommandations établies par **BASHH** (UK), les recommandations de traitement des infections sexuellement transmissibles du **CDC** (2015) et de l'Union internationale contre les infections sexuellement transmissibles (IUSTI) www.iusti.org (UK).
- Nous avons également vérifié quelques autres sources belges, telles que le magazine **Minerva-EBM**, **Folia** et **des fiches de transparence du CBIP** et des rapports du **KCE**. Les avis pertinents du **Conseil supérieur de la Santé** ont été examinés, s'ils étaient disponibles (essentiellement en lien avec aux vaccinations).
- Les sources étrangères ont été utilisées uniquement pour déterminer **l'indication du traitement antimicrobien**. Concernant **le choix de la molécule**, les sources belges et les taux de résistance en Belgique ont été pris en compte autant que possible.

2^e étape : recherche de littérature dans Pubmed

- Nous avons ensuite vérifié systématiquement, pour chaque maladie, s'il existait d'autres revues de littérature systématiques ou RCT récents : à cet effet, nous avons toujours défini une stratégie de recherche dans **Pubmed** en prenant comme date de début la date de recherche de la ou des recommandations utilisées (mentionnées ou sinon évaluées sur la base de leur date de publication). Les articles trouvés ont été triés par titre et, le cas échéant, par résumé et, si pertinents, entièrement examinés.

- Nous basant sur ces nouvelles informations, nous avons, si nécessaire, adapté la première version du nouveau guide BAPCOC.

3^e étape : débat

Chaque recommandation (indication/choix/ justification) a été attentivement discutée au sein du groupe d'auteurs, avant rédaction du texte final.

4^e étape : experts

Chaque recommandation a été relue et commentée par au moins un expert de l'infection concernée. Tous les commentaires étayés ont été discutés et pris en compte.

5^e étape : validation

Enfin, toutes les recommandations ont été examinées par la commission de validation qui était composée comme suit :

- Dr. Berrewaerts Marie-Astrid, SSMG
- Dr. Bonnelance Audrey, SSMG
- Prof. Dr. Boüüaert Corinne, ULiège
- Dr. Bruwier Geneviève, SSMG
- Prof. Dr. Christiaens Thierry, UGent
- Ir. Claeys Diederica, AFMPS
- Prof. Dr. Coenen Samuel, BAPCOC & Domus Medica
- Dr. De Loof Geert, CBIP
- Prof. Dr. De Munter Paul, UZ Leuven
- Dr. Eeckeleers Patricia, SSMG
- Dr. Fontaine Jimmy, SSMG
- Pharm. Geslin Laure, AFMPS
- Dr. Goudjil Sonia, SSMG
- Dr. Grypdonck Lies, INAMI
- Dr. Hanset Michel, MG, MCC indépendant
- Dr. Konopnicki Deborah, CHU Saint-Pierre
- Dr. Lemper Jean-Claude, Silva Medical
- Pharm. Maesschalck Joris, APB
- Dr. Orban Thomas, SSMG
- Dr. Parada Alberto, SSMG
- Dr. Vanderstraeten Jacques, SSMG



- Prof. Dr. Velghe Anja, UZ Gent
- Prof. Dr. Verhaegen Jan, UZ Leuven

Cette commission s'est réunie trois fois en présence des représentants de BAPCOC. Tous les commentaires ont été discutés et les décisions ont été intégrées au guide.

Recommandations pour le traitement anti-infectieux en pratique ambulatoire par rapport aux recommandations pour le traitement anti-infectieux en milieu hospitalier.

Les deux guides ont été comparés. En règle générale, il y avait une bonne correspondance. Les éventuels écarts peuvent s'expliquer par les populations différentes et les niveaux de gravité différents pris en charge à l'hôpital par rapport à ceux traités en pratique ambulatoire.

GRADE

En nous basant sur les preuves trouvées, nous avons attribué un GRADE à toutes les indications et recommandations.

Aucun GRADE n'a été attribué concernant le choix de l'antibiotique. En général, le choix d'un antibiotique est principalement déterminé sur la base des données bactériologiques relatives aux taux locaux de résistance ou de sensibilité.

Nous suivons les directives du groupe de travail GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation; www.gradeworkinggroup.org). Pour le GRADE 1C uniquement, nous nous écartons légèrement de ces directives et nous indiquons qu'il s'agit donc de la catégorie 1C*.

	Les GRADE attribués aux recommandations	Avantages comparés aux inconvénients et aux risques	Qualité méthodologique des études	Implications
1 A	Vivement recommandé, GRADE de preuve élevé	Les avantages l'emportent clairement sur les inconvénients ou les risques	Des RCT sans limitations ni solides preuves convaincantes d'études observationnelles	Vivement recommandé, est applicable à la plupart des patients et dans la plupart des cas
1 B	Vivement recommandé, GRADE de preuve modéré	Les avantages l'emportent clairement sur les inconvénients ou les risques	Des RCT avec limitations ou preuves solides d'études observationnelles	Vivement recommandé, est applicable à la plupart des patients et dans la plupart des cas
1 C*	Vivement recommandé, GRADE de preuve (très) faible	Les avantages l'emportent clairement sur les inconvénients ou les risques	Études observationnelles ou de cas (*voir remarque)	Vivement recommandé, mais susceptible de changer si des preuves plus solides sont disponibles
2 A	Faiblement recommandé, GRADE de preuve élevé	Équilibre entre avantages et inconvénients ou risques	Des RCT sans limitations ni solides preuves convaincantes d'études observationnelles	Faiblement recommandé, la meilleure action peut varier selon les circonstances, les patients ou les valeurs sociétales
2 B	Faiblement recommandé, GRADE de preuve modéré	Équilibre entre avantages et inconvénients ou risques	Des RCT avec limitations ou preuves solides d'études observationnelles	Faiblement recommandé, la meilleure action peut varier selon les circonstances, les patients ou les valeurs sociétales
2 C	Faiblement recommandé, GRADE de preuve (très) faible	Incertitude sur les avantages et les inconvénients - un équilibre entre les deux est possible	Études observationnelles ou de cas	Très faiblement recommandé, des alternatives sont tout aussi justifiables

1C* dans le présent guide signifie : recommandation forte basée sur les principes de bonne pratique clinique (GPP) ou sur des études de moindre valeur probante (études d'observation ou de cas).



Mal de gorge aigu

Une infection de la gorge est causée tant par des virus que par des bactéries. En général, la maladie évolue favorablement de façon naturelle avec une guérison spontanée dans les sept à dix jours. Pour la plupart des patients, il suffira de donner des conseils adéquats ainsi qu'un antidouleur adapté.

Les antibiotiques ne sont généralement pas indiqués chez les patients souffrant d'un mal de gorge aigu (GRADE 1A). Sur la base des symptômes et des signes cliniques, il est impossible de faire la distinction entre une origine bactérienne et une origine virale. Même si l'origine est bactérienne, une antibiothérapie n'est généralement pas nécessaire.

Les antibiotiques sont, par contre, indiqués dans les cas suivants (GRADE 1C*) :

1. patients à risque : le médecin généraliste juge sur la base des facteurs de risque, des antécédents et du tableau clinique quels sont ces patients à risque ; notamment : patients immunodéprimés, patients oncologiques, patients ayant des antécédents de rhumatisme articulaire aigu, patients avec chirurgie prothétique récente, patients atteints de valvulopathie cardiaque avec risque d'endocardite
2. patients gravement malades

Attention : Un mal de gorge associé à un stridor grave et/ou à une insuffisance respiratoire et/ou à de graves problèmes de déglutition est une indication absolue pour le relais vers la deuxième ligne.

Traitement antimicrobien

Premier choix

- **pénicilline V***

Enfant : 50 000 UI / kg par jour en 3 prises pendant 7 jours (j.)

Adulte : 3 millions IU par jour en 3 prises pendant 7 j.

(*Bien qu'elle reste le premier choix, il n'y a actuellement sur le marché belge pas de spécialité avec la pénicilline V).

Alternatives

Premier choix

- **céfadroxil**

Enfant : 30 mg/kg par jour en 2 prises pendant 7 j.

Adulte : 2 g par jour en 2 prises pendant 7 j.

- **céfalexine**

Adulte : 2 g par jour en 2 prises pendant 7 j.

Deuxième choix

- **amoxicilline**

Enfant : 75-100 mg/kg par jour en 3 prises pendant 5 j.

Adulte : 3 g par jour en 3 prises pendant 5 j.

Alternative en cas d'allergie à la pénicilline IgE médiée

- **azithromycine**

Enfant : 10 mg/kg par jour en 1 prise, pendant 3 j.

Adulte : 500 mg par jour en 1 prise pendant 3 j.

RÉFÉRENCES

1. Angine aiguë - Premiers Choix Prescrire, actualisation juin 2018. Rev Prescrire 2018 ; 38 (420) : 769
2. WOREL - Odeurs Philippe, M. J., De Meyere Marc, Peremans Lieve, Van Royen Paul. Guide de pratique clinique sur le mal de gorge aigu (mise à jour 2017)
3. INAMI (2016). L'usage rationnel des antibiotiques chez l'enfant en ambulatoire. Réunion de consensus du 2 juin 2016. Rapport du jury Extrait de https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/consensus_texte_long_20160602.pdf
4. Dagnelie CF, De Jongh E, Lemmen WH, et al. NHG-Standaard Acute keelpijn (Derde herziening). NHG 2015.
5. Malhotra-Kumar S, Lammens C, Coenen S, Van Herck K, Goossens H. Effect of azithromycin and clarithromycin therapy on pharyngeal carriage of macrolide-resistant streptococci in healthy volunteers : a randomised, double-blind, placebo-controlled study. Lancet 2007;369(9560) :482-90.



Otite moyenne aiguë

Une **otite moyenne aiguë** est causée tant par des virus que par des bactéries. L'infection dure environ une semaine et la plupart des enfants vont mieux après 3 jours sans antibiotiques. Les antibiotiques ne semblent pas contribuer à réduire les complications graves (rares).

Les antibiotiques ne sont donc généralement pas indiqués en cas d'infection aiguë de l'oreille moyenne (GRADE 1A)

Les antibiotiques oraux peuvent raccourcir la durée de la douleur et de la fièvre dans les cas suivants (GRADE 2A) :

1. otite moyenne aiguë bilatérale chez les enfants de moins de 2 ans
2. écoulement dû à la perforation spontanée du tympan

Les antibiotiques oraux sont indiqués dans les cas suivants (GRADE 1C*) :

1. risque plus élevé de complications (nourrissons de moins de 6 mois, présence d'anomalies anatomiques dans la zone ORL (telles que fente palatine ou syndrome de Down), antécédents de chirurgie de l'oreille (sauf les aérateurs transtympaniques), immunosuppression
2. altération sévère de l'état général
3. absence d'amélioration de la fièvre et/ou de la douleur après 3 jours de traitement au paracétamol à une dose et une fréquence suffisamment élevées

Attention : En raison du peu d'études sur l'adulte, les recommandations disponibles pour les enfants sont extrapolées aux adultes.

Traitement antimicrobien oral

Premier choix

- amoxicilline

Enfant : 75-100 mg/kg par jour en 3 prises pendant 5 j.
Adulte : 3 x 1 g par jour pendant 5 j.

Si aucune amélioration n'est notée après 2 à 3 jours la moitié de la dose journalière totale d'**amoxicilline** est remplacée par de l'**amoxicilline + acide clavulanique** :
Enfant* : 75-100 mg/kg d'**amoxicilline** par jour en 3 prises, dont 37,5 à 50 mg/kg/j d'**amoxicilline** sous forme d'une préparation monocomposée et 37,5 à 50 mg/kg/j. d'**amoxicilline** en association à l'**acide clavulanique** (9 à 12,5 mg/kg/j.)

Adulte : 3 g d'**amoxicilline** par jour en 3 prises, dont 1,5 g d'**amoxicilline** sous forme d'une préparation monocomposée et 1,5 g d'**amoxicilline** en association à l'**acide clavulanique** (500 mg/125 mg)*.

* Pour les enfants, l'association **amoxicilline/acide clavulanique** disponible sur le marché contient une **dose d'amoxicilline trop faible** pour être efficace contre le pneumocoque. Pour les adultes, le remplacement par la forme 875 mg d'**amoxicilline**/125 mg d'**acide clavulanique** disponible sur le marché est une alternative possible.

Alternative en cas d'allergie à la pénicilline non IgE médiée

- céfuroxime axétil

Enfant : 30-50 mg/kg par jour en 3 prises pendant 5 j, – maximum 3x500 mg/jour*
Adulte : 1500 mg par jour en 3 prises pendant 5 j.*

*En raison de la faible disponibilité biologique et de la courte demi-vie, une posologie différente de celle du résumé des caractéristiques du produit a été choisie.

Alternative en cas d'allergie à la pénicilline IgE médiée

- azithromycine

Enfant : 10 mg/kg par jour en 1 prise, pendant 3 j.
Adulte : 500 mg par jour en 1 prise pendant 3 j.

Attention : compte tenu de la résistance accrue du pneumocoque aux macrolides (16%), il est recommandé d'orienter les enfants gravement malades présentant une allergie à la pénicilline IgE médiée vers un traitement intraveineux.

Un écoulement par les aérateurs transtympaniques s'arrête généralement sans traitement. Par rapport à une politique attentiste ou à l'utilisation d'antibiotiques oraux, les antibiotiques locaux peuvent raccourcir la durée de l'écoulement (GRADE 2B). Le traitement par gouttes antibiotiques auriculaires est poursuivi jusqu'à ce que le patient se réveille l'oreille sèche et propre le matin.

Traitement antimicrobien local

- gouttes auriculaires **ciprofloxacine**
3 à 4 gouttes, 2 à 4 fois par jour

Attention : en présence d'aérateurs transtympaniques, l'administration de gouttes auriculaires contenant une quinolone peut être associée à un risque accru de perforation du tympan. Les gouttes auriculaires contenant un aminoglycoside (tel que la néomycine, la framycétine, la gentamycine, la tobramycine), associé ou non à la polymyxine B, ne doivent pas être utilisées en raison de leur effet ototoxique.



Otite moyenne aiguë

Une otite moyenne aiguë est causée tant par des virus que par des bactéries. L'infection dure environ une semaine et la plupart des enfants vont mieux après 3 jours sans antibiotiques. Les antibiotiques ne semblent pas contribuer à réduire les complications graves (rares).

Les antibiotiques ne sont donc généralement pas indiqués en cas d'infection aiguë de l'oreille moyenne (GRADE 1A)

Les antibiotiques oraux peuvent raccourcir la durée de la douleur et de la fièvre dans les cas suivants (GRADE 2A) :

1. otite moyenne aiguë bilatérale chez les enfants de moins de 2 ans
2. écoulement dû à la perforation spontanée du tympan

Les antibiotiques oraux sont indiqués dans les cas suivants (GRADE 1C*) :

1. risque plus élevé de complications (nourrissons de moins de 6 mois, présence d'anomalies anatomiques dans la zone ORL (telles que fente palatine ou syndrome de Down), antécédents de chirurgie de l'oreille (sauf les aérateurs transtympaniques), immunosuppression
2. altération sévère de l'état général
3. absence d'amélioration de la fièvre et/ou de la douleur après 3 jours de traitement au paracétamol à une dose et une fréquence suffisamment élevées

Attention : En raison du peu d'études sur l'adulte, les recommandations disponibles pour les enfants sont extrapolées aux adultes.

RÉFÉRENCES

1. Otite moyenne aiguë - Premiers Choix Prescrire, actualisation mars 2019. Rev Prescrire 2019; 39 (428) : 451
2. Otitis media (acute) : antimicrobial prescribing. NICE guideline [NG91]. Published date : March 2018
3. Dawson-Hahn EE, Mickan S, Onakpoya I, Roberts N, Kronman M, Butler CC
4. Thompson MJ. Short-course versus long-course oral antibiotic treatment for infections treated in outpatient settings : a review of systematic reviews. Fam Pract. 2017 Sep 1;34(5) :511-519. doi : 10.1093/fampra/cmz037.
5. Otite moyenne aiguë purulente de l'enfant de plus de 3 mois. Recommandation de bonne pratique. HAS. Mis en ligne : le 18 nov. 2016
6. Otite moyenne aiguë purulente de l'adulte. Recommandation de bonne pratique. HAS. Mis en ligne le 18 nov. 2016
7. Venekamp RP, Javed F, van Dongen TMA, Waddell A, Schilder AGM. Interventions for children with ear discharge occurring at least two weeks following grommet (ventilation tube) insertion. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 11. Art. No. : CD011684. DOI : 10.1002/14651858.CD011684.pub2
8. INAMI (2016). L'usage rationnel des antibiotiques chez l'enfant en ambulatoire. Réunion de consensus du 2 juin 2016. Rapport du jury Extrait de https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/consensus_texte_long_20160602.pdf
9. Venekamp RP, Prasad V, Hay AD. Are topical antibiotics an alternative to oral antibiotics for children with acute otitis media and ear discharge? BMJ. 2016 Feb 4;352 :i308. doi : 10.1136/bmj.i308. Review.
10. Norme NHG Otite moyenne chez les enfants (Troisième révision) Damoiseaux RAMJ, Venekamp RP, Eekhof JAH, Bennebroek Gravenhorst FM, Schoch AG, Burgers JS, Bouma M, Wittenberg J.. Huisarts Wet 2014;57(12) :648.
11. Alrwisan A, Antonelli PJ, Winterstein AG. Quinolone ear drops after tympanostomy tubes and the risk of eardrum perforation : a retrospective cohort study. Clinical Infectious Diseases 2017; 64 : 1052-1058.



Rhinosinusite aiguë

Une rhinosinusite aiguë est causée tant par des virus que par des bactéries. En général, la maladie évolue favorablement de façon naturelle avec une réduction spontanée des symptômes après quelques jours à une semaine. Pour la plupart des patients, il suffira de donner des conseils adéquats ainsi qu'un traitement symptomatique.

En règle générale, les antibiotiques ne sont pas indiqués chez les patients présentant une rhinosinusite aiguë (GRADE 1A). Sur la base des symptômes et des signes cliniques, il est impossible de faire la distinction entre une origine bactérienne et une origine virale. Même si l'origine est bactérienne, une antibiothérapie n'est généralement pas nécessaire. Les antibiotiques ne semblent pas contribuer à réduire les complications (rares).

Les antibiotiques sont, par contre, indiqués dans les cas suivants (GRADE 1C*) :

- Adultes gravement malades (rhinorrhée purulente avec fièvre, douleur, limitations fonctionnelles dans les activités quotidiennes) ou fièvre persistant plus de 5 jours, ou retour de la fièvre après une amélioration initiale
- Enfants gravement malades (fièvre élevée, dégradation de l'état général) ou symptômes persistant plus de 10 à 15 jours sans amélioration
- Patients à risque. Le médecin généraliste juge sur la base des facteurs de risque, des antécédents et du tableau clinique quels sont ces patients à risque ; notamment : patients immunodéprimés, patients oncologiques, les enfants souffrant d'hydrocéphalie, etc.).

Traitement antimicrobien

Premier choix

- amoxicilline

Enfant : 75-100 mg/kg par jour en 3 prises pendant 7 j.

Adulte : 3 x 1 g par jour pendant 7 j.

Si aucune amélioration n'est notée après 2 à 3 jours

La moitié de la dose journalière totale d'**amoxicilline** est remplacée par de l'**amoxicilline + acide clavulanique** :

Enfant* : 75-100 mg/kg d'**amoxicilline** par jour en 3 prises, dont 37,5 à 50 mg/kg/j d'**amoxicilline** sous forme d'une préparation monocomposée et 37,5 à 50 mg/kg/j. d'**amoxicilline** en association à l'**acide clavulanique** (9 à 12,5 mg/kg/j.)

Adulte : 3 g d'**amoxicilline** par jour en 3 prises, dont 1,5 g d'**amoxicilline** sous forme d'une préparation monocomposée et 1,5 g d'**amoxicilline** en association à l'**acide clavulanique** (500 mg/125 mg).*

* Pour les enfants, l'association **amoxicilline/acide clavulanique** disponible sur le marché contient une **dose d'amoxicilline trop faible** pour être efficace contre le pneumocoque. Pour les adultes, le remplacement par la forme 875 mg d'**amoxicilline**/125 mg d'**acide clavulanique** disponible sur le marché est une alternative possible.

Alternative en cas d'allergie à la pénicilline IgE non médiée

Enfant : **céfuroxime axétil** 30-50 mg/kg par jour en 3 prises pendant 7 j. – maximum 3x500 mg/jour*

* En raison de la faible disponibilité biologique et de la courte demi-vie, une posologie différente de celle du résumé des caractéristiques du produit a été choisie.

Adulte : **moxifloxacin** 400 mg par jour pendant 7 j.

Alternative en cas d'allergie à la pénicilline IgE médiée

Enfant : **azithromycine**

10 mg/kg par jour en 1 prise, pendant 3 j.

Adulte : **moxifloxacin**

400 mg par jour pendant 7 j.

Attention : Étant donné la résistance accrue du pneumocoque aux macrolides (16%), il est recommandé d'orienter les enfants gravement malades présentant une allergie à la pénicilline IgE médiée vers un traitement intraveineux.



Rhinosinusite aiguë

Une rhinosinusite aiguë est causée tant par des virus que par des bactéries. En général, la maladie évolue favorablement de façon naturelle avec une réduction spontanée des symptômes après quelques jours à une semaine. Pour la plupart des patients, il suffira de donner des conseils adéquats ainsi qu'un traitement symptomatique.

En règle générale, les antibiotiques ne sont pas indiqués chez les patients présentant une rhinosinusite aiguë (GRADE 1A). Sur la base des symptômes et des signes cliniques, il est impossible de faire la distinction entre une origine bactérienne et une origine virale. Même si l'origine est bactérienne, une antibiothérapie n'est généralement pas nécessaire. Les antibiotiques ne semblent pas contribuer à réduire les complications (rares).

Les antibiotiques sont, par contre, indiqués dans les cas suivants (GRADE 1C*) :

- Adultes gravement malades (rhinorrhée purulente avec fièvre, douleur, limitations fonctionnelles dans les activités quotidiennes) ou fièvre persistant plus de 5 jours, ou retour de la fièvre après une amélioration initiale
- Enfants gravement malades (fièvre élevée, dégradation de l'état général) ou symptômes persistant plus de 10 à 15 jours sans amélioration
- Patients à risque. le médecin généraliste juge sur la base des facteurs de risque, des antécédents et du tableau clinique quels sont ces patients à risque ; notamment : patients immunodéprimés, patients oncologiques, les enfants souffrant d'hydrocéphalie, etc.).

RÉFÉRENCES

1. Sinusite aiguë infectieuse - Premiers Choix Prescrire, actualisation février 2019 Rev Prescrire 2019; 39 (426) : 282.
2. L'usage rationnel des antibiotiques chez l'enfant en ambulatoire. Rapport du jury de l'INAMI sur la réunion de consensus de 2016.
https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/consensus_texte_long_20160602.pdf
3. Venekamp RP, D. S. A., Sachs A, Bons SCS, Wiersma Tj, De Jongh E. (2014). Norme NHG Rhinosinusite aiguë (Troisième révision).
4. Lemiengre, M. B., van Driel, M. L., Merenstein, D., Young, J., & De Sutter, A. I. (2012). Antibiotics for clinically diagnosed acute rhinosinusitis in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, Cd006089. doi :10.1002/14651858.CD006089.pub4
5. Fokkens WJ, Lund VJ, Mullol J, Bachert C et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps. *Rhinology* 2012; 50 : sppl 23.



Épiglottite aiguë

En cas d'épiglottite aiguë (GRADE 1C*), aucun traitement n'est instauré en ambulatoire.

L'épiglottite est une urgence et exige **une hospitalisation immédiate** pour permettre une intubation ou une trachéotomie en cas d'évolution vers une obstruction des voies respiratoires menaçant le pronostic vital.

À l'hôpital, un traitement antibiotique intraveineux doit être instauré le plus rapidement possible.

Depuis l'introduction de la vaccination anti-Hib, l'incidence de l'épiglottite a diminué et l'épiglottite est relativement plus souvent diagnostiquée chez des adultes.

RÉFÉRENCES

1. WOREL 'Acute keelpijn' 2017
Odeurs Philippe, Matthys Jan, De Meyere Marc, Peremans Lieve, Van Royen Paul
2. L'usage rationnel des antibiotiques chez l'enfant en ambulatoire. Rapport du jury de l'INAMI sur la réunion de consensus de 2016.
3. NHG - Dagnelie CF, De Jongh E, Lemmen WH, Opstelten W, Pos M, Van Staaïj BK, Zwart S. Acute keelpijn 2015



Laryngite striduleuse

La laryngite striduleuse est une affection virale dont l'évolution clinique est favorable dans les 24 heures.

Les antibiotiques ne sont pas indiqués en cas de laryngite striduleuse (GRADE 1C*).

RÉFÉRENCES

1. L'usage rationnel des antibiotiques chez l'enfant en ambulatoire. Rapport du jury de l'INAMI sur la réunion de consensus de 2016.
https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/consensus_texte_long_20160602.pdf
2. NHG - Verheij ThJM, H. R., Prins JM, Salomé PhL, Bindels PJ, Ponsioen BP†, Sachs APE, Thiadens HA, Verlee E. (2013). Norme NHG Toux aiguë (Première révision).
3. Laryngite aiguë : effet symptomatique de la corticothérapie
Rev Prescrire 2006; 26 (269) : 134



Infections aiguës des voies respiratoires inférieures chez l'enfant

La bronchite aiguë est presque toujours d'origine virale. Peu importe qu'il s'agisse d'une infection d'origine bactérienne ou virale, cette infection des voies respiratoires a généralement une évolution favorable en une à trois semaines. Cependant, les symptômes de toux peuvent persister plus longtemps (jusqu'à plus de quatre semaines).

Les antibiotiques ne sont pas indiqués dans le traitement de la bronchite aiguë chez un enfant en bonne santé. (GRADE 1B)

Les antibiotiques sont indiqués en cas de forte suspicion de pneumonie bactérienne sur la base de symptômes cliniques (toux avec dyspnée, tachypnée, respiration sifflante; souvent associée à de la fièvre; parfois accompagnée de douleurs thoraciques et abdominales, de vomissements et de maux de tête).(GRADE 1C*)

Une hospitalisation est nécessaire dans les cas suivants : (GRADE 1C*)

- Nourrissons de moins de 6 mois
- Vomissement des médicaments administrés par voie orale
- Fièvre élevée persistante et aucune amélioration 48 heures après le début de l'antibiothérapie.
- Augmentation de la charge respiratoire : tachypnée (>50/minute)*, battement des ailes du nez, rétractions thoraciques.
- Saturation en oxygène < 92 %.
- Détérioration de l'état général.
- Apport liquidien insuffisant.
- Enfants souffrant de maladies chroniques sous-jacentes.
- Suspicion d'épanchement pleural.
- Contexte social ne pouvant garantir des soins adéquats à domicile.
- Anxiété des parents ou du médecin généraliste devant un comportement inhabituel du patient.

*Critères de l'OMS : >60 respirations/minute chez le nourrisson <2 mois; >50 respirations/minute chez le nourrisson entre 2 et 11 mois; >40 respirations/minute chez les enfants >11 mois

Traitement antimicrobien

Premier choix

- amoxicilline

100 mg/kg/jour en 3 prises pendant 5 j.

Il est recommandé de contrôler dans les 48 heures. Si l'amélioration est insuffisante :

- en cas d'état clinique sévère : hospitalisation.
- si l'état clinique permet des soins à domicile : envisager une pneumonie atypique (2C), ajouter un macrolide au traitement et réévaluer après 48 heures (2C). Si aucune amélioration n'est constatée après 48 heures, il faut hospitaliser. (Une pneumonie due à *Mycoplasma pneumoniae* ou à *Chlamydomphila pneumoniae* a généralement une évolution clinique favorable).

- azithromycine

Enfant : 10 mg/kg/jour en 1 prise pendant 3 jours

Alternative en cas d'allergie à la pénicilline

Il n'y a pas d'alternative perorale disponible et compte tenu de la gravité de la maladie, un enfant allergique à la pénicilline et atteint de pneumonie doit être hospitalisé pour recevoir un traitement par voie intraveineuse.

RÉFÉRENCES

1. Pneumonies communautaires peu graves chez les enfants. Amoxicilline en premier choix quand un antibiotique est justifié Rev Prescrire 2018; 38 (417) : 518-523
2. L'usage rationnel des antibiotiques chez l'enfant en ambulatoire. Rapport du jury de l'INAMI sur la réunion de consensus de 2016. https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/consensus_texte_long_20160602.pdf
3. Gardiner SJ, Gavranich JB, Chang AB. Antibiotics for community-acquired lower respiratory tract infections secondary to Mycoplasma pneumoniae in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 1. Art. No. : CD004875. DOI : 10.1002/14651858.CD004875.pub5.
4. NHG - Verheij ThJM, H. R., Prins JM, Salomé PhL, Bindels PJ, Ponsoen BP†, Sachs APE, Thiadens HA, Verlee E. (2013). Norme NHG Toux aiguë (Première révision).



Bronchiolite

La bronchiolite est généralement causée par le virus respiratoire syncytial (VRS). La maladie touche principalement les jeunes enfants (<1 an) et les personnes âgées. La guérison est généralement spontanée dans les 3 à 7 jours.

La bronchiolite ne constitue pas une indication d'antibiothérapie. (GRADE 1A)

RÉFÉRENCES

1. Bronchiolite chez un nourrisson - Premiers Choix Prescrire, actualisation mai 2019. Rev Prescrire 2019; 39 (430) : 604-770
2. INAMI (2016). L'usage rationnel des antibiotiques chez l'enfant en ambulatoire. Réunion de consensus du 2 juin 2016. Rapport du jury Extrait de https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/consensus_texte_long_20160602.pdf
3. NHG - Verheij ThJM, H. R., Prins JM, Salomé PhL, Bindels PJ, Ponsioen BP†, Sachs APE, Thiadens HA, Verlee E. (2013). Norme NHG Toux aiguë (Première révision).



Infections aiguës des voies respiratoires inférieures chez l'adulte

La bronchite aiguë est presque toujours d'origine virale. Même en cas d'infection bactérienne, la maladie évolue favorablement de façon spontanée en une à trois semaines. Cependant, les symptômes de toux peuvent persister plus longtemps (jusqu'à plus de quatre semaines).

Les antibiotiques ne sont généralement pas indiqués en cas de bronchite aiguë (GRADE 1A). Des antibiotiques peuvent être envisagés chez les patients à haut risque (tableau clinique inquiétant, patients oncologiques, patients immunodéprimés, patients âgés polypathologiques). (GRADE 2C).

Les antibiotiques sont par contre indiqués en cas de suspicion de pneumonie bactérienne fondée sur des symptômes cliniques, examen de laboratoire (CRP > 20) ou signes radiologiques (GRADE 1C*).

Une hospitalisation est nécessaire dans les cas suivants : (GRADE 1C*)

- en présence de trois ou quatre des caractéristiques suivantes : âge \geq 65 ans, confusion, tachypnée \geq 30/min, tension systolique < 90 ou diastolique \leq 60 mmHg
- en cas de suspicion de pneumonie par aspiration dont les symptômes ne diminuent pas suffisamment lorsqu'elle est traitée avec de l'amoxicilline-acide clavulanique
- si l'état clinique se détériore après 48 heures de traitement antimicrobien
- **L'hospitalisation est envisagée dans les cas suivants :** (GRADE 1C*)
- en présence d'une des deux caractéristiques suivantes : âge \geq 65 ans, confusion, tachypnée \geq 30/min, tension systolique < 90 ou diastolique \leq 60 mmHg
- en l'absence d'amélioration 48 heures après l'instauration du traitement antimicrobien (voir ci-dessous).

Traitement antimicrobien

Premier choix

Une réévaluation après 48h est recommandée :*

Sans comorbidité :

- **amoxicilline** oral
3x1 g/jour pendant 7 j.

Avec comorbidité ou en cas de pneumonie par aspiration :

- **amoxicilline-acide clavulanique** oral
875 mg 3x/jour pendant 7 j.

Alternative en cas d'allergie à la pénicilline

Une réévaluation après 48h est recommandée :*

- **moxifloxacine**

400 mg par jour pendant 7 j.

* Réévaluation après 48h *

En l'absence d'amélioration dans les 48 heures : en cas d'état clinique sévère : hospitaliser.

Si l'état clinique permet des soins à domicile : envisager une pneumonie atypique (2C), ajouter un macrolide au traitement et réévaluer après 48 heures (2C). Si aucune amélioration n'est constatée après 48 heures, il faut hospitaliser.

- **azithromycine**

500 mg par jour pendant 3 j.

RÉFÉRENCES

1. Pneumonie communautaire chez un adulte - Premiers Choix Prescrire, actualisation septembre 2018 Rev Prescrire 2019; 39 (423) : 68
2. Smith, S. M., Fahey, T., Smucny, J., & Becker, L. A. (2017). Antibiotics for acute bronchitis. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, Cd000245. doi :10.1002/14651858.CD000245.pub4
3. Laopaiboon, M., Panpanich, R., & Swa Mya, K. (2015). Azithromycin for acute lower respiratory tract infections. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*(3), Cd001954. doi :10.1002/14651858.CD001954.pub4
4. Pakhale, S., Mulpuru, S., Verheij, T. J., Kochen, M. M., Rohde, G. G., & Bjerre, L. M. (2014). Antibiotics for community-acquired pneumonia in adult outpatients. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*(10), Cd002109. doi :10.1002/14651858.CD002109.pub4
5. NHG - Verheij ThJM, H. R., Prins JM, Salomé PhL, Bindels PJ, Ponsioen BP*, Sachs APE, Thiadens HA, Verlee E. (2013). Norme NHG Toux aiguë (Première révision).
6. Maggie McNally, James Curtain, Kirsty K O'Brien, Borislav D Dimitrov and Tom Fahey. Validity of British Thoracic Society guidance (the CRB-65 rule) for predicting the severity of pneumonia in general practice : systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2010; 60 (579) : e423-e433. DOI : <https://doi.org/10.3399/bjgp10X532422>



Exacerbation aiguë de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)

Une exacerbation de la BPCO peut être aussi bien virale que bactérienne. En cas d'exacerbation non compliquée, 70% des patients guérissent sans antibiotique en quatre semaines.

En règle générale, les antibiotiques ne sont donc pas indiqués en cas d'exacerbation de BPCO (GRADE 1A)

Les antibiotiques sont, par contre, indiqués dans les cas suivants :

- Stade GOLD D
- forte dégradation de l'état général et fièvre > 38°C
- nette augmentation des expectorations fortement purulentes (GRADE 2C)
- amélioration insuffisante après deux à quatre jours malgré une bronchodilatation maximale et des glucocorticostéroïdes oraux
- CRP > 40 mg/L; CRP 20-40 mg/L + présence d'expectorations purulentes

Une hospitalisation est nécessaire d'urgence en présence d'au moins un symptôme d'alerte :

- signes d'épuisement
- cyanose
- baisse de l'état de conscience

Une hospitalisation est nécessaire en cas d'exacerbation sévère de la BPCO (présence d'un ou plusieurs des symptômes suivants : dyspnée au repos; recrutement des muscles respiratoires accessoires; fréquence respiratoire > 30/min; fréquence cardiaque > 120/min; saturation en oxygène ≤ 90%) lorsque :

- il n'y a pas d'amélioration dans la demi-heure qui suit l'instauration de la bronchodilatation
- il n'y a pas suffisamment de possibilités de soins à domicile
- il y a une comorbidité sévère
- une hospitalisation s'est toujours avérée nécessaire lors des précédents épisodes d'exacerbation

Traitement antimicrobien

Premier choix

- **amoxicilline-acide clavulanique**
3 x 875 mg/j pendant 5 j.

Alternative en cas d'allergie à la pénicilline

- **moxifloxacin**
400 mg par jour en 1 prise pendant 5 j.

RÉFÉRENCES

1. Butler CC, Gillespie D, White P, et al. C-Reactive Protein Testing to Guide Antibiotic Prescribing for COPD Exacerbations. *N Engl J Med.* 2019 Jul 11;381(2) :111-120. doi : 10.1056/NEJMoa1803185.
2. Exacerbation d'une BPCO légère à modérée. Antibiothérapie rarement justifiée *Rev Prescrire* 2018; 38 (420) : 756-759.
3. Vollenweider DJ, Frei A, Steurer-Stey CA, Garcia-Aymerich J, Puhan MA. Antibiotics for exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 10. Art. N° : CD010257. DOI : 10.1002/14651858.CD010257.pub2
4. Norme NHG MPOC (Troisième révision) Snoeck-Stroband JB, Schermer TRJ, Van Schayck CP, Muris JW, Van der Molen T, In 't Veen JCCM, Chavannes NH, Broekhuizen BDL, Barnhoorn MJM, Smeele I, Geijer RMM, Tuut MK.. *Huisarts Wet* 2015;58(4) :198-211.
5. Miravittles M, Soler-Cataluña JJ, Calle M, Soriano JB. Treatment of COPD by clinical phenotypes : putting old evidence into clinical practice. *Eur Respir J* 2013;41 :1252-6.



Influenza (grippe saisonnière)

Les antiviraux (oseltamivir) ne sont pas indiqués pour le traitement ou la prophylaxie de la grippe étant donné le rapport coûts-bénéfices négatif (GRADE 1A).

La prévention de la grippe par la vaccination des groupes à risque reste d'une importance capitale.

Remarque : Vous pouvez également consulter la liste des personnes à risque pour lesquelles la vaccination contre la grippe est recommandée dans la recommandation Vaccination contre la grippe saisonnière du Conseil supérieur de la Santé

https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/avis_9531_vaccination_grippe_2019-2020_1.pdf

RÉFÉRENCES

1. Hoge Gezondheidsraad. Vaccinatie tegen seizoensgebonden griep' winterseizoen 2018-2019. https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/css_9488_avis_grippe_update201810.pdf
2. WOREL. Mokrane S., Delvaux, N. & Schetgen, M. (2018). Prévention de l'influenza en médecine générale. Mise à jour.
3. Jefferson T, Jones MA, Doshi P, Del Mar CB, Hama R, Thompson MJ, Spencer EA, Onakpoya IJ, Mahtani KR, Nunan D, Howick J, Heneghan CJ. Neuraminidase inhibitors for preventing and treating influenza in adults and children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 4. Art. No. : CD008965. DOI : 10.1002/14651858.CD008965.pub4.
4. Michiels B. Efficacité de l'oseltamivir en cas d'influenza chez l'adulte. Minerva bref 15/10/2013.



Rhinite

Les antibiotiques ne sont pas indiqués en cas de rhinite (GRADE 1A).

Il n'existe actuellement aucun antiviral capable de prévenir les refroidissements et/ou ses complications ou de permettre une reprise plus rapide des activités quotidiennes. **Par conséquent, il n'y a aucune indication d'utilisation d'antiviraux (GRADE 1C*).**

RÉFÉRENCES

1. Kenealy, T., & Arroll, B. (2013). Antibiotics for the common cold and acute purulent rhinitis. The Cochrane Database of Systematic Reviews (6), Cd000247. doi :10.1002/14651858.CD000247.pub3
2. Harris, A. M., Hicks, L. A., & Qaseem, A. (2016). Appropriate Antibiotic Use for Acute Respiratory Tract Infection in Adults : Advice for High-Value Care From the American College of Physicians and the Centers for Disease Control and Prevention. *Annals of Internal Medicine*, *164*(6), 425-434. doi :10.7326/m15-1840



Coqueluche (*Bordetella pertussis*)

La coqueluche peut être grave, voire mortelle, chez les nourrissons jusqu'à l'âge d'un an. **Cependant, les antibiotiques n'ont aucun effet sur l'évolution clinique d'une infection coquelucheuse** (GRADE 1A). La prévention par le biais d'une vaccination adéquate et d'une vaccination de l'entourage (cocoon) est donc cruciale (GRADE 1C*) pour les nourrissons à partir de 2 mois et pour les femmes enceintes entre la 24^{ème} et la 32^{ème} semaine de grossesse (que la femme soit ou non en ordre de vaccination ou de rappel).

Attention : Les nourrissons atteints de coqueluche doivent être hospitalisés pour traitement de soutien (GRADE 1C*).

En cas d'épidémie avérée de coqueluche (dans les crèches, par exemple), les antibiotiques peuvent **prévenir la propagation de l'infection coquelucheuse** (GRADE 1A) en traitant les patients dont le diagnostic de coqueluche est confirmé et dont les symptômes sont présents depuis moins de 3 à 4 semaines.

Traitement antimicrobien

Premier choix : (GRADE 1C*)

- *azithromycine*

Enfant : 10 mg/kg en 1 prise le premier jour,
puis 5 mg/kg/jour en 1 prise pendant 4 j.
Adulte : 500 mg par jour en 1 prise pendant 3 j.

Deuxième choix

- *co-trimoxazole*

Enfant : 40/8 mg/kg par jour en 2 prises pendant 7 j.
Adulte : 1600/320 mg en 2 prises pendant 7 j.

RÉFÉRENCES

1. Michiels B. Kinkhoestvaccin tijdens de zwangerschap. Minerva bondig 17/12/2018.
2. Conseil Supérieur de la Santé. (2014). Vaccination contre la coqueluche. Extrait de https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/13036470/Vaccination%20anticoquelucheuse%20%28avril%202014%29%20%28CSS%209110%29.pdf
3. NHG - Verheij ThJM, H. R., Prins JM, Salomé PhL, Bindels PJ, Ponsioen BP†, Sachs APE, Thiadens HA, Verlee E. (2013). Norme NHG Toux aiguë (Première révision).
4. Altunajji, S., Kukuruzovic, R., Curtis, N., & Massie, J. (2007). Antibiotics for whooping cough (pertussis). The Cochrane Database of Systematic Reviews(3), Cd004404. doi :10.1002/14651858.CD004404.pub3



Acné

Le traitement avec des agents non antibiotiques est le traitement de base de tout type d'acné et doit également être associé si un traitement antibiotique est instauré, afin de prévenir le développement de la résistance et d'augmenter l'effet du traitement (GRADE 1A).

L'acné comédonique n'est traitée qu'avec des agents non antibiotiques topiques. (GRADE 1A).

En cas d'acné papulo-pustuleuse légère à modérée, des antibiotiques locaux peuvent être ajoutés. (GRADE 1A).

En cas d'acné papulo-pustuleuse sévère, un traitement avec des antibiotiques oraux (GRADE 1A) peut être instauré immédiatement. Ces antibiotiques doivent aussi être combinés avec des agents **non antibiotiques** topiques.

Traitement antimicrobien local

- **clindamycine 1 %**
1 application par jour – pendant minimum 6 semaines jusqu'à maximum 4 mois

Alternative (mais moins efficace en raison du développement de résistance)

- **érythromycine 2 %**
(préparation magistrale) 1 application par jour – pendant minimum 6 semaines jusqu'à maximum 4 mois

Traitement antimicrobien oral

- **azithromycine**
500 mg en 1 prise – 1 x / semaine - pendant minimum 6 semaines jusqu'à maximum 3 mois
- **doxycycline**
100 mg par jour en 1 prise - pendant minimum 6 semaines jusqu'à maximum 3 mois

RÉFÉRENCES

1. Acné - Premiers Choix Prescrire, actualisation novembre 2018 Rev Prescrire 2019; 39 (424) : 120
2. Kim, J.E., et al., Comparison of the Efficacy of Azithromycin Versus Doxycycline in Acne Vulgaris : A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Annals of Dermatology, 2018. 30(4) : p. 417-426.
3. Acné - Guide de pratique clinique national – 2017 <https://www.ebnet.be/fr/pages/display.aspx?ebmid=ebm0114b>
4. NHG - Bruinsma M, J. A., De Ruijter W, Verhoeven ICL, Verstappen V, Van Vugt SF, Wiersma TJ, Van der Zee HH. (2017). Norme NHG Acné (Troisième révision)
5. Zaenglein, A.L., et al., Guidelines of care for the management of acne vulgaris. Journal of the American Academy of Dermatology, 2016. 74(5) : p. 945-973.e33.



Impétigo

En cas de lésions limitées, un traitement avec un antibiotique topique (GRADE 1A) est suffisant. En cas de lésions étendues, d'échec du traitement local, d'adénopathies ou de symptômes systémiques, l'utilisation d'antibiotiques per os (GRADE 1C*) est impérative.

En cas d'infections récidivantes fréquentes ou résistantes au traitement ou si plusieurs membres de la famille sont concernés, un échantillon doit être prélevé pour la détection du SARM (staphylocoque doré résistant à la méthicilline) ou du *S. aureus* produisant de la leucocidine de Panton-Valentine (PVL+) (GRADE 1C*). Le choix de l'antibiotique se fait alors sur la base de l'antibiogramme.

En cas de portage du SARM ou de *S. aureus* PVL+, il peut être conseillé de décoloniser le patient et les membres de la famille. Pour plus de détails sur la politique à adopter, voir le chapitre sur *S. aureus* et le SARM.

Traitement antimicrobien local

Premier choix

- **acide fusidique 2 %**
2 à 4 applications par jour pendant 7 j.

Si le patient est un porteur connu du SARM*

- **mupirocine 2 %**
3 applications par jour pendant 7 j.

*Attention : La mupirocine est réservée à la décontamination des porteurs de SARM dans les établissements de santé et n'est pas utilisée comme traitement de l'impétigo chez les patients qui ne sont pas connus comme porteurs de SARM.

Traitement antimicrobien oral

Premier choix

- **flucloxacilline**
Enfant : 25-50 mg/kg par jour en 3 ou 4 prises pendant 7 j.
Adulte : 1-2 g par jour en 3 ou 4 prises pendant 7 j.

Alternative

- **cefadroxil**
Enfant : 30 mg/kg par jour en 2 ou 3 prises pendant 7 j.
Adulte : 2 g par jour en 2 prises pendant 7 j.
- **céfalexine**
Adulte : 1-4 g par jour en 2 à 4 prises pendant 7 j.

Alternative en cas d'allergie à la pénicilline IgE-médiée ou si le patient est un porteur connu du SARM (choix en fonction de l'antibiogramme)

- **azithromycine**
Enfant : 10 mg/kg le premier jour, puis 5 mg/kg par jour pendant 4 j.
Adulte : 500 mg par jour pendant 3 j.
- **clindamycine**
Enfant : 20 mg/kg par jour en 3 ou 4 prises pendant 7 j.
Adulte : 1800 mg par jour en 3 à 4 prises pendant 7 j.

RÉFÉRENCES

1. Impétigo. Mesures d'hygiène et souvent mupirocine cutanée. La Revue Prescrire, Février 2018, Tome 38 N° 421
2. INAMI (2016). L'usage rationnel des antibiotiques chez l'enfant en ambulatoire. Réunion de consensus - 2 juin 2016. Rapport du jury. Texte complet (version longue) https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/consensus_texte_long_20160602.pdf
3. Edge, R. and C. Argaez, CADTH Rapid Response Reports, in TopicalAntibiotics for Impetigo : A Review of the ClinicalEffectiveness and Guidelines. 2017, Canadian Agency for DrugsandTechnologies in Health. Copyright (c) 2017 Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. : Ottawa (ON).
4. MRSA colonisation (eradicating colonisation in peaple without active /invasive infection. Braldley, S.F. BMJ Clin Evid, 2011, 2011 : 0923. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3217659/>
5. MRSA : treating people with infection. Nathwani D., Davey P. G., and Marwick C. A. BMJ Clin Evid, 2011, 2010 : 0922. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3217712/>



Cellulite et érysipèle

Indications

Un traitement antibiotique est toujours recommandé.

En cas de signes systémiques importants d'infection, d'immunosuppression et chez les enfants de moins de 3 ans, l'hospitalisation pour antibiothérapie IV et monitoring est recommandée (GRADE 1C*).

Traitement antimicrobien

Premier choix

- **flucloxacilline**

Enfant : 25-50 mg/kg par jour en 3 ou 4 prises pendant 10 j.

Adulte : 2 g par jour en 4 prises pendant 10 j.

Attention : Etant donné la difficulté de faire une différence entre streptocoques et staphylocoques sur base de la clinique, les experts préfèrent recommander l'utilisation de la flucloxacilline. En cas de suspicion clinique d'infection à streptocoques, la pénicilline peut être utilisée. En cas d'amélioration insuffisante après 48 heures, un traitement par flucloxacilline sera initié.

Alternative (en cas d'allergie à la pénicilline IgE-médiée)

- **azithromycine**

Enfant : 10 mg/kg par jour en 1 prise, pendant 3 j.

Adulte : 500 mg par jour en 1 prise pendant 3 j.

- **clindamycine**

Enfant : 20 mg/kg par jour en 3 ou 4 prises pendant 10 j.

Adulte : 1800 mg par jour en 3 à 4 prises pendant 10 j.

RÉFÉRENCES

1. Premiers Choix Prescrire. Erysipèle de jambe chez un adulte. Actualisation août 2018.
2. NHG - Bons SCS, B. M., Draijer LW, Koning S, Mulder L, Warnier MJ, Wichers IM. (2017). Norme NHG Infections cutanées bactériennes (Deuxième révision).
3. INAMI (2016). L'usage rationnel des antibiotiques chez l'enfant en ambulatoire. Réunion de consensus - 2 juin 2016. Rapport du jury. Texte complet (version longue) https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/consensus_texte_long_20160602.pdf
4. Ferreira, A., M.J. Bolland, and M.G. Thomas, Meta-analysis of randomised trials comparing a penicillin or cephalosporin with a macrolide or lincosamide in the treatment of cellulitis or erysipelas. *Infection*, 2016. 44(5) : pp. 607-15.



Morsures

Indications

Ces recommandations se limitent aux morsures de chats, de chiens ou d'humains.

1. Une prophylaxie antibiotique doit être administrée dans les cas suivants :
 - morsures au niveau de la main/du poignet, de la jambe/du pied, des organes génitaux ou du visage (GRADE 1B).
 - morsures profondes et morsures avec contusion (GRADE 1C*)
 - patients à risque : immunodéprimés, ayant un risque accru d'endocardite ou d'infection liée à une prothèse articulaire (GRADE 1C*)
 - si la plaie est immédiatement suturée
2. **L'infection d'une morsure doit toujours être traitée avec des antibiotiques (GRADE 1C*).**

En cas de morsure, il faut toujours vérifier le statut vaccinal tétanique (vacciner si nécessaire) et évaluer un risque éventuel de rage.

Traitement antimicrobien

Premier choix

- **amoxicilline-acide clavulanique**

Enfant : 30-40 mg/kg par jour en 3 prises pendant 5 j. (prophylaxie) ou 7 j. (infection)

Adulte : 1500 mg par jour en 3 prises pendant 5 j. (prophylaxie) ou 7 j. (infection)

Alternative en cas d'allergie à la pénicilline IgE-médiée

Enfant : **cotrimoxazole** en association avec **clindamycine**

cotrimoxazole

30/6 mg/kg par jour en 2 prises pendant 5 j. (prophylaxie) ou 7 j. (infection)

clindamycine

25 mg/kg par jour en 3 à 4 prises pendant 5 j. (prophylaxie) ou 7 j. (infection)

Adulte : **doxycycline** en association avec **métronidazole**

doxycycline

200 mg en 2 prises le premier jour, puis 100 mg par jour pendant 4 j. (prophylaxie) ou 6 j. (infection)

métronidazole

1500 mg en 3 prises pendant 5 j. (prophylaxie) ou 7 j. (infection)

RÉFÉRENCES

1. Premiers Choix Prescrire. Morsure de chien ou de chat. Actualisation mars 2018.
2. FR - Recommandations de traitements anti-infectieux en milieu hospitalier. BAPCOC 2017
3. NHG - Wichers IM, B. M. (2017). Directive NHG pour le traitement Plaies traumatiques et morsures.
4. Kwak, Y.G., et al. Clinical Guidelines for the Antibiotic Treatment for Community-Acquired Skin and Soft Tissue Infection. Infection & Chemotherapy, 2017. 49(4) : p. 301-325.



Herpès labial

Indications

L'herpès labial est **autolimitant** en 8 à 10 jours. **Le traitement antiviral** procure un soulagement un peu plus rapide de la douleur (+/- une demi-journée) et une guérison légèrement plus rapide (+/- 1 jour) (GRADE 1B). L'effet est pratiquement identique entre un traitement local ou per os. Les moyens locaux sont donc préférés en raison du risque plus faible d'effets secondaires potentiellement graves.

La prévention des récurrences des épisodes d'herpès labial par traitement local n'est pas recommandée en raison du manque de preuves sur son effet. Chez les patients immunodéprimés ou présentant des récurrences très fréquentes et sévères, les effets du traitement préventif oral sont limités (GRADE 2B).

Traitement antimicrobien local

- **aciclovir 5 %**
appliquer toutes les 4 heures, pendant au moins 4 jours, à prolonger si nécessaire jusqu'à maximum 10 jours

Traitement antimicrobien oral

- **valaciclovir**
2 x 2 g pendant 1 jour

Prévention des récurrences

- **valaciclovir**
500 mg en 1 prise, quotidiennement, à réévaluer systématiquement après 6 mois

RÉFÉRENCES

1. Premiers Choix Prescrire. Herpès labial chez un adulte. Actualisation Février 2018.
2. NHG Behandelrichtlijn 2017 <https://www.nhg.org/themas/publicaties/nhg-behandelrichtlijn-koortslip-herpes-labialis>
3. Chen, F., et al., Efficacy and safety of nucleoside antiviral drugs for treatment of recurrent herpes labialis : a systematic review and meta-analysis. Journal of oral pathology & medicine : official publication of the International Association of Oral Pathologists and the American Academy of Oral Pathology, 2017. 46(8) : p. 561-568.
4. Chi, C. C., Wang, S. H., Delamere, F. M., Wojnarowska, F., Peters, M. C., & Kanjirath, P. P. (2015). Interventions for prevention of herpes simplex labialis (cold sores on the lips). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*(8),



Varicelle et herpès zoster (zona)

Varicelle

La varicelle est une affection autolimitante et généralement bénigne.

Chez les nouveau-nés, les enfants de plus de 12 ans, les adultes, les femmes enceintes et les patients immunodéprimés immunosuppresseurs, le risque de complications parfois sévères est accru.

L'administration chez les personnes en bonne santé d'un antiviral dans les 24 heures qui suivent l'apparition de l'éruption diminue la durée de la fièvre d'un jour et limite le nombre de lésions (GRADE 1B). Il n'existe pas de recherche sur l'effet du traitement antiviral sur les complications (y compris la pneumonie).

Le traitement antiviral n'est pas recommandé chez les enfants en bonne santé en raison de son évolution favorable (GRADE 1B).

Un traitement antiviral peut être envisagé chez les enfants plus âgés, à partir de 12 ans et chez les adultes (GRADE 1B).

En cas d'aggravation ou de complications, chez les patients immunodéprimés et les nouveau-nés, il est recommandé d'administrer un traitement antiviral par voie intraveineuse (GRADE 1C*).

Pendant la grossesse, il faut consulter le gynécologue et, si nécessaire, initier le traitement également par voie intraveineuse (GRADE 1C*).

Herpès zoster (zona)

Chez les patients immunodéprimés et en cas de zona ophtalmique, un traitement antiviral systémique est nécessaire.

Dans les autres cas, l'instauration d'un traitement antiviral dans les 72 heures qui suivent l'apparition de l'éruption n'a aucun effet sur l'incidence des douleurs postzostériennes après 4 et 6 mois (grade 1A). Il est possible que les douleurs diminuent de manière limitée après 4 semaines (GRADE 2B).

Selon les experts, un traitement antiviral peut être envisagé chez les patients de plus de 60 ans (chez lesquels les névralgies postzostériennes sont plus fréquentes) en cas de lésions importantes et si la douleur précède l'éruption (GRADE 2C).

Traitement antimicrobien

- **valaciclovir**
3 g par jour en 3 prises pendant 7 j.
- **aciclovir**
4 g par jour en 5 prises pendant 7 j.

RÉFÉRENCES

1. Premiers Choix Prescrire. Zona. Actualisation 2018
2. Gonzalez, F. and P. Rojas, *Is acyclovir effective for the treatment of varicella in children and adolescents?* Medwave, 2018. **18**(6) : p. e7269.
3. CBIP - BCFI. (2017). Fiche de transparence Zona. Extrait de <https://tf.bcfi.be/nl/frontend/indication-group/82/summary>
4. Schuster, A. K., Harder, B. C., Schlichtenbrede, F. C., Jarczok, M. N., & Tesarz, J. (2016). Valacyclovir versus acyclovir for the treatment of herpes zoster ophthalmicus in immunocompetent patients. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 11, Cd011503. doi :10.1002/14651858.CD011503.pub2
5. Cohen, J. and J. Breuer, *Chickenpox : treatment*. BMJ clinical evidence, 2015. **2015** : p. 0912.
6. Chen, N., Li, Q., Yang, J., Zhou, M., Zhou, D., & He, L. (2014). Antiviral treatment for preventing postherpetic neuralgia. The Cochrane Database of Systematic Reviews (2), Cd006866. doi :10.1002/14651858.CD006866.pub3



Maladie de Lyme - Erythème migrant (EM)

L'érythème migrant est la manifestation clinique de la borréliose de Lyme qui peut apparaître rapidement (dans les 3 à 30 jours) après une morsure de tique infectée. L'érythème migrant est bénin et est généralement autolimitant.

Cependant, une petite proportion des patients développera plus tard des manifestations plus sévères de la borréliose de Lyme.

Le début du traitement aux antibiotiques pendant la phase d'érythème migrant réduit le risque de présenter ultérieurement des formes plus graves de borréliose de Lyme (GRADE 1B).

En Europe, il n'existe aucune indication d'antibiothérapie prophylactique (GRADE 1A) en cas de morsure de tique. Le traitement ne commence qu'après apparition de l'érythème migrant ou d'autres signes de la maladie de borréliose de Lyme. Une sérologie positive sans signe clinique n'est pas une indication pour le traitement antibiotique (GRADE 1A).

Pour le traitement des stades ultérieurs de la borréliose de Lyme, il faut référer à la deuxième ligne.

Traitement antimicrobien

Premier choix : Chez les adultes et les enfants à partir de 8 ans

- **doxycycline**

Enfant : 4 mg/kg par jour en 2 prises (max. 100 mg par prise) pendant 10 j.

Adulte : 200 mg en 2 prises pendant 10 j.

Alternative pour les enfants de moins de 8 ans et les femmes enceintes ou allaitantes

- **amoxicilline**

Enfant : 50 mg/kg par jour en 3 prises (max. 500 mg par prise) pendant 14 j.

Adulte : 1500 mg par jour en 3 prises pendant 14 j.

Alternative (en cas d'allergie à la pénicilline)

- **azithromycine**

Enfant : 1^{er} jour 20 mg/kg en 1 prise, puis 10 mg/kg par jour en 1 prise pendant 4 j.

Adulte : 1^{er} jour 1 g en 1 prise, puis 500 mg par jour en 1 prise pendant 4 j.

RÉFÉRENCES

1. Borréliose de Lyme, reconnaître et traiter un érythème migrant.
La revue Prescrire Mai 2015, Tome 35, N° 379
2. Torbahn, G., et al., Efficacy and Safety of Antibiotic Therapy in Early Cutaneous Lyme Borreliosis : A Network Meta-analysis. JAMA dermatology, 2018.
3. BAPCOC (2016) Borréliose de Lyme (infection à Borrelia) 2016 <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/recommandations-borreliose-de-lyme-2017>



Gale

Le traitement est indispensable et la préférence va à un traitement local (GRADE 1B).

Tous les cohabitants et les contacts intimes doivent être traités en même temps et les vêtements et la literie doivent être décontaminés (GRADE 1C*).

Traitement antimicrobien

Premier choix

- **perméthrine 5 %** crème
1 application pendant 8 h - à répéter éventuellement après 1 à 2 semaines
(spécialité ou préparation magistrale : crème hydrophile à la perméthrine 5 % TMF).

Alternatives

- **ivermectine 1 %** local
1 application pendant 8 h - à répéter éventuellement après 1 à 2 semaines
- **ivermectine** oral
200 µg/kg en 1 prise - à répéter éventuellement après 1 à 2 semaines
- **benzoate de benzyle 25 %** émulsion
3 applications à intervalle de 24 h (ne pas se laver entre-temps) - à répéter éventuellement après 1 à 2 semaines

(moins efficace, plus d'irritation de la peau, odeur désagréable, remboursée via une préparation magistrale)

RÉFÉRENCES

1. Thadanipon, K., et al., Efficacy and safety of antiscabietic agents : A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. Journal of the American Academy of Dermatology, 2019. 80(5) : p. 1435-1444.
2. Premiers Choix Prescrire. Gale. Actualisation mars 2019
3. Rosumeck, S., A. Nast, and C. Dressler, Ivermectin and permethrin for treating scabies. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 3, 1-112. Cd012994.
4. BASHH - Sashidharanm, P. N., Basavaraj, S., Bates, C.M. (2016). 2016 UK National Guideline on the Management of Scabies. Extrait de <https://www.bashhguidelines.org/media/1137/scabies-2016.pdf>
5. FR Folia avril 2015. Traitement de la gale.



Mastite du postpartum

Le traitement de base de la mastite consiste à éviter la stase de lait en vidant correctement le sein, par allaitement, drainage manuel ou tire-lait (GRADE 1C*).

Un traitement antibiotique est recommandé si, en plus de la mastite, une crevasse sur le mamelon est également infectée, si les symptômes ne s'améliorent pas après 12 à 24 heures malgré que le lait ait été tiré efficacement et/ou si la culture du lait est positive (GRADE 1C*).

Traitement antimicrobien

(L'allaitement peut être poursuivi avec tous les traitements ci-dessous.)

Premier choix

- **flucloxacilline**
2 g en 4 prises par jour pendant 10-14 j.

Alternative en cas d'allergie à la pénicilline IgE **NON**-médiée

- **céfalexine**
2 g en 4 prises par jour pendant 10-14 j.

Alternative en cas d'allergie à la pénicilline IgE médiée

- **clarithromycine**
1 g par jour en 2 prises pendant 7 j.

RÉFÉRENCES

1. Adaptation des recommandations e Duodecim : 'Postpartum mastitis' therapie en opvolging. Masterproef Katrien Danhieux (2018). Disponible via : <https://www.icho-info.be/application/content/thesislist>
2. FR – Mastite puerpérale – 2017 <https://www.ebnet.be/nl/pages/display.aspx?ebmid=ebm01000>
3. NHG – Zwangerschap en kraamperiode – 2015. <https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/zwangerschap-en-kraamperiode#idp90496>



Candidoses et autres mycoses cutanées

(Intertrigo ; dermatite des langes ; *Tinea pedis, corporis, cruris*)

Si les mesures d'hygiène locales et éventuellement de séchage ne sont pas suffisantes, un **traitement antimicrobien local** (GRADE 1B) constitue le traitement de premier choix aussi bien pour les infections à *Candida* que pour les infections fongiques de la peau (GRADE 1B).

En cas d'échec thérapeutique du traitement local de l'infection, un traitement oral peut être instauré (GRADE 1B).

Traitement antimicrobien local

Infections à *Candida* (dermatite des langes, intertrigo)

- **isoconazole 1 %** local
1 application par jour jusqu'à 2 semaines après la disparition des lésions*.

Infections à dermatophytes (*Tinea pedis, corporis, cruris*)

- **terbinafine 1 %** local
1 application par jour – pendant 1 semaine
- **isoconazole 1 %** local
1 application par jour jusqu'à 2 semaines après la disparition des lésions*.

* Il n'y a pas de différence d'efficacité connue entre les dérivés d'azole locaux, mais il existe des différences de coût, de remboursement et de posologie.

En cas d'échec thérapeutique, un traitement oral peut être envisagé

- **terbinafine**
250 mg par jour pendant 2 semaines ou
- **itraconazole**
 - ***Tinea pedis***
400 mg par jour en 2 prises pendant 1 semaine
 - ***Tinea corporis* ou *cruris***
200 mg par jour en 1 prise pendant 1 semaine

RÉFÉRENCES

1. Fiches de Transparence Dermatomycoses – mise à jour 2019. <https://www.cbip.be/fr/chapters/16?matches=Dermatomycoses%7Cdermatomycoses&frag=14050>
2. Bell-Syer, S. E., Khan, S. M., & Torgerson, D. J. (2012). Oral treatments for fungal infections of the skin of the foot. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 10, CD003584. doi :10.1002/14651858.CD003584.pub2
3. El-Gohary, M., van Zuuren, E. J., Fedorowicz, Z., Burgess, H., Doney, L., Stuart, B., . . . Little, P. (2014). Topical antifungal treatments for tinea cruris and tinea corporis. The Cochrane Database of Systematic Reviews (8), CD009992. doi :10.1002/14651858.CD009992.pub2



Candidose oropharyngée

Chez les nourrissons, le muguet est généralement autolimitant après 3 à 8 semaines. Le traitement peut raccourcir la durée des symptômes.

Chez les adultes, les causes sous-jacentes (par exemple, mauvaise hygiène des prothèses dentaires) doivent être traitées, afin de permettre une guérison durable.

Si le traitement est jugé nécessaire en raison de douleurs ou de problèmes nutritionnels, le **traitement local** constitue le premier choix (GRADE 1B). En cas d'échec thérapeutique, un **traitement systémique** peut être envisagé (GRADE 1B). Dans ce cas, les nourrissons de moins de 1 mois sont référés au pédiatre.

Traitement antimicrobien

Le muguet chez les nourrissons et les enfants*

Bien que le gel oral de miconazole soit plus efficace que la suspension orale de nystatine, il est contre-indiqué chez les nourrissons de moins de 6 mois en raison du faible risque de suffocation.

< 6 mois

- suspension orale de **nystatine** - 4 ml par jour en 4 prises jusqu'à 1 semaine après disparition des lésions.

> 6 mois

- gel oral de **miconazole**
4 applications de 1,25 ml par jour jusqu'à 1 semaine après disparition des lésions (bien répartir le gel du bout du doigt sur les muqueuses, pas jusqu'au voile du palais).

Les tétines de biberon et sucettes doivent être soigneusement stérilisées. (GRADE 1C*)

*Si les symptômes de muguet s'étendent aux mamelons de la mère en période d'allaitement, il faut également prévoir un traitement local des mamelons.

Traitement antimicrobien systémique

- **fluconazole**
3 mg/kg/jour pendant 7 jours (chez les nourrissons à partir de 1 mois)

Stomatite chez les adultes immunocompétents

Traitement local

- gel oral de **miconazole** :
4 applications de 2,5 ml par jour jusqu'à 1 semaine après disparition des lésions
Alternative, mais moins efficace : suspension orale de **nystatine** - 6 ml par jour en 4 prises jusqu'à 1 semaine après disparition des lésions.

Traitement systémique

- **fluconazole**
jour 1 : 200 mg en 1 prise – puis, 100 mg par jour en 1 prise pendant min 7 à max. 21 jours, selon l'évolution clinique.
En cas de stomatite à *Candida* atrophique sur prothèse dentaire : **fluconazole** 50 mg par jour en 1 prise pendant 14 jours

RÉFÉRENCES

1. Fiches de Transparence Dermatomycoses – mise à jour 2019. <https://www.cbip.be/fr/chapters/16?matches=Dermatomycoses%7Cdermatomycoses&frag=14050>
2. Vitor Martins, Karine & Gontijo, Sávio. (2017). Treatment of denture stomatitis : literature review.. *Revistas*. 74. 215. 10.18363/rbo.v74n3.p.215.
3. Zhang, L.-W., et al., Efficacy and safety of miconazole for oral candidiasis : a systematic review and meta-analysis. 2016. 22(3) : p. 18
4. Lyu, X., et al., Efficacy of nystatin for the treatment of oral candidiasis : a systematic review and meta-analysis. *Drug design, development and therapy*, 2016. 10 : p. 1161-1171
5. Pankhurst, C. L. (2013). Candidiasis (oropharyngeal). *BMJ clinical evidence*, 2013



Onychomycose

Pour les onychomycoses, le traitement n'est recommandé qu'en cas d'immunosuppression ou de diabète sucré (GRADE 1C*) mais peut également être envisagé pour des raisons esthétiques, après confirmation mycologique par microscopie ou culture (GRADE 2C).

Chez les enfants, l'onychomycose est très rare. Les traitements disponibles sont off-label et ne devraient, de préférence, être instaurés qu'après confirmation mycologique par microscopie ou culture (GRADE 2C).

L'effet du traitement ne peut pas être évalué directement.

Une réponse clinique et mycologique optimale n'est obtenue que 6 à 9 mois après le traitement de l'infection des ongles. L'effet esthétique n'est souvent pas satisfaisant.

Traitement antimicrobien

Ongles des mains

Itraconazole thérapie pulsée :

Enfant : 1 cycle de traitement = 5 mg/kg/j. en 2 prises pendant 1 semaine, et ensuite pas d'itraconazole pendant 3 semaines.

Adulte : 1 cycle de traitement = 400 mg en 2 prises pendant 1 semaine, et ensuite pas d'itraconazole pendant 3 semaines.

Pour l'onychomycose des ongles des mains, 2 cycles de traitement au total sont nécessaires.

Alternative, mais moins efficace

- **ciclopirox**
application locale quotidienne, 3 à 6 mois

Ongles des pieds

- **terbinafine per os**
Enfant : <20 kg : 62,5 mg (1/4 comprimé) par jour pendant 12 semaines
20-40 kg : 125 mg (1/2 comprimé) par jour pendant 12 semaines
Adulte : 250 mg par jour pendant 12 semaines

Alternative, mais moins efficace

- **ciclopirox**
application locale quotidienne, 6 à 12 mois

RÉFÉRENCES

1. Fiches de Transparence Dermatomycoses – mise à jour 2019. <https://www.cbip.be/fr/chapters/16?matches=Dermatomycoses%7Cdermatomycoses&frag=14050>
2. Gupta, A.K., et al., Onychomycosis in children : Safety and efficacy of antifungal agents. 2018. 35(5) : p. 552-559.
3. Kreijkamp-Kaspers, S., et al., Oral antifungal medication for toenail onychomycosis. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 3, 1-112. Cd010031.
4. Premiers Choix Prescrire. Mycoses des ongles. Actualisation Juillet 2017
5. Ferrari, J. (2014). Fungal toenail infections. BMJ clinical evidence, 2014.



Cystite aiguë

La cystite est souvent **autolimitante** sur une période de 1 à 2 semaines, avec toutefois un risque réel de **récidive** des symptômes.

Les **enfants de moins de 12 ans** courent un risque accru d'évolution compliquée et de lésions du parenchyme rénal et présentent souvent des anomalies anatomiques sous-jacentes.

Il existe un **risque accru de complications** de la cystite au cours de la grossesse, chez les hommes, chez les patients diabétiques, immunodéprimés, en cas d'anomalies anatomiques des reins et des voies urinaires, de troubles neurologiques de la vessie ou d'un cathéter intravésical à demeure.

Cystite chez les femmes sans risque accru

Un agent antimicrobien accélérera la disparition des symptômes et réduira le risque de réapparition des symptômes (GRADE 1B).

Dans le cas de symptômes légers à modérés, il peut être décidé, en concertation avec la patiente et après explication approfondie, d'attendre de voir si la prescription d'un agent antimicrobien (GRADE 2B) est nécessaire ou pas ou d'avoir recours à une prescription différée.

Une culture d'urine n'est pas nécessaire.

Infections récurrentes des voies urinaires chez les femmes (sans cause identifiée)

Le conseil de boire plus d'eau (au moins 1,5 litre d'eau par jour) réduit le nombre de rechutes [1] (GRADE 1B).

Chez les femmes ménopausées, l'application vaginale d'estriol entraîne une réduction du nombre de récurrences (GRADE 1B).

Si l'on opte pour la prophylaxie antimicrobienne, 3 schémas sont possibles : l'autotraitement à chaque cystite reconnue comme telle (GRADE 1B), la prophylaxie postcoïtale (GRADE 1B) ou la prophylaxie antimicrobienne continue (comme dernier choix en raison du risque d'effets secondaires) (GRADE 2A).

Infection des voies urinaires chez les enfants (jusqu'à 12 ans)

À l'exception d'une cystite initiale chez une fillette de plus de 5 ans, tout enfant atteint d'une infection des voies urinaires doit être référé pour exclure une anomalie anatomique ou fonctionnelle sous-jacente des voies urinaires (GRADE 1C*).

Plus le traitement antibiotique est instauré précocement, moins il y a de risque de bactériurie persistante, de prolifération du tissu rénal en phase aiguë et de lésions rénales (GRADE 1C*). Avant de commencer l'antibiotique, un échantillon d'urine est prélevé pour culture et antibiogramme (GRADE 1C*). Le traitement empirique doit être ajusté si nécessaire en fonction de l'antibiogramme.

Cystite chez les patients présentant un risque accru de complications

Un échantillon d'urine pour culture et antibiogramme est prélevé chez ces patients avant le début du traitement par antibiotique (GRADE 1C*). Le traitement empirique doit être ajusté si nécessaire en fonction de l'antibiogramme.

Dans la mesure du possible, il faut corriger les causes sous-jacentes.

La bactériurie asymptomatique n'est traitée que chez les femmes enceintes. *Dans tous les autres cas (entre autres, chez les femmes âgées), le traitement n'est pas nécessaire.*

Traitement antimicrobien

Cystite chez les femmes sans risque accru

Premier choix

- **nitrofurantoïne** oral
300 mg par jour en 3 prises pendant 5 j.

Alternative

- **fosfomycine** oral
3 g en une seule prise (mais taux de guérison plus faibles).

Remarque : La nitrofurantoïne ne peut pas être prescrite en cas d'insuffisance rénale grave et de déficit en G6PD.

Cystite récurrente chez les femmes sans risque accru

- Autotraitement de toute cystite reconnue comme telle : Même schéma de traitement que pour la cystite chez la femme sans risque accru.*
- Traitement post-coïtal :*
 - **nitrofurantoïne** oral
50-100 mg dans les 2 heures suivant chaque coït
- Traitement prophylactique :*
 - **nitrofurantoïne** oral
50-100 mg par jour pendant 6 mois le soir après la dernière miction

Remarque : En raison du risque élevé d'effets secondaires (parfois graves), un traitement chronique à la nitrofurantoïne n'est pas recommandé chez les femmes âgées.



Cystite chez les enfants

Premier choix

- **nitrofurantoïne**

5-7 mg/kg par jour en 4 prises pendant 5 j. (préparation magistrale)

Remarque : La nitrofurantoïne ne peut pas être prescrite en cas d'insuffisance rénale grave et de déficit en G6PD.

Alternative

- **céfuroxim axétil**

(pas en cas d'allergie à la pénicilline IgE-médiée)
30 mg/kg par jour en 3 prises pendant 5 j. - maximum 3x500 mg/jour**

** En raison de la faible disponibilité biologique et de la courte demi-vie, une posologie différente de celle du résumé des caractéristiques du produit a été choisie.

Cystite chez les patients présentant un risque accru d'évolution compliquée (entre autre en cours en grossesse)

Premier choix

- **nitrofurantoïne** oral

(pas pendant les dernières semaines de grossesse**)
300 mg par jour en 3 prises pendant 7 j.

Alternative pendant les dernières semaines de grossesse

- **fosfomycine** oral

3 g en une dose unique

* Le traitement empirique doit être ajusté si nécessaire en fonction de l'antibiogramme.

** Si la nitrofurantoïne est prise au cours de la dernière semaine avant l'accouchement, il y a un léger risque d'anémie hémolytique chez le nouveau-né, surtout si celui-ci présente un déficit en G6PD (favisme).

Cystite chez les personnes très âgées et/ou chez les personnes atteintes d'insuffisance rénale

Traitement de la cystite aiguë

- **triméthoprime** oral

300 mg (préparation magistrale) en 1 prise pendant 3 j. (femme) et 7 j. (homme)

traitement de la cystite récidivante*

- **triméthoprime** oral

100 mg (préparation magistrale) en 1 prise pendant 6 mois

* Ajuster le traitement en fonction de l'antibiogramme

Addendum : préparations magistrales

Gélules de **triméthoprime** pour adultes

R/ gélules de **triméthoprime** à 300 mg FTM
S/ 1 gélule par jour

Gélules de **nitrofurantoïne** pour enfants

R/ **Nitrofurantoïne macrocristalline** 10 à 50 mg pf 1 gélule FTM
S/ 4 x 1 gélule par jour

Suspension de **nitrofurantoïne** pour enfants

R/ Suspension pédiatrique de **nitrofurantoïne** à 30 mg/5 ml FTM
S/ 3-7 mg/kg par jour en 4 prises

RÉFÉRENCES

1. Dmochowski, R.R., In premenopausal women with recurrent cystitis, increasing water intake for 12 months reduced recurrence. *Annals of Internal Medicine*, 2019. 170(4) : p. JC16-JC16.
2. Urinary tract infection (lower) : antimicrobial prescribing NICE guideline [NG109] Published date : October 2018
3. Premiers Choix Prescrire. Cystite aiguë simple chez une femme. Actualisation mai 2018.
4. Muller, A.E., et al., Nitrofurantoin's efficacy and safety as prophylaxis for urinary tract infections : a systematic review of the literature and meta-analysis of controlled trials. *Clinical microbiology and infection : the official publication of the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases*, 2017. 23(6) : p. 355-362.
5. Ahmed, H., et al., Long-term antibiotics for prevention of recurrent urinary tract infection in older adults : systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BMJ open*, 2017. 7(5) : p. e015233.
6. FR La cystite chez la femme - Guide de pratique clinique national – 2016
<https://www.ebnet.be/fr/pages/display.aspx?ebmid=ebm0114b>
7. INAMI (2016). L'usage rationnel des antibiotiques chez l'enfant en ambulatoire. Réunion de consensus - 2 juin 2016. Rapport du jury. Texte complet (version longue)
https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/consensus_texte_long_20160602.pdf
8. Widmer, M., Lopez, I., Gulmezoglu, A. M., Mignini, L., & Roganti, A. (2015). Duration of treatment for asymptomatic bacteriuria during pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (11), Cd000491. doi :10.1002/14651858.CD000491.pub3
9. Smaill, F. M., & Vazquez, J. C. (2015). Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (8), Cd000490. doi :10.1002/14651858.CD000490.pub3
10. Huttner, A., et al., Nitrofurantoin revisited : a systematic review and meta-analysis of controlled trials. *The Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 2015. 70(9) : pp. 2456-64.
11. NHG- Standaard urineweginfecties 2013. <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-urineinfecties>
12. Vazquez, J. C., & Abalos, E. (2011). Treatments for symptomatic urinary tract infections during pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (1), Cd002256. doi :10.1002/14651858.CD002256.pub2
13. Formularium Ouderenzorg
<https://farmaka.bcfi.be/nl/formularium/334#main>



Pyélonéphrite aiguë

Il est indiqué de commencer un traitement antibiotique empirique, après le prélèvement d'un échantillon d'urine mais avant même le résultat de la **culture et de l'antibiogramme** (GRADE 1C*). L'avis d'un gynécologue est requis en cas de pyélonéphrite chez une **femme enceinte** et d'un urologue en cas de **problème urologique sous-jacent** (GRADE 1C*).

Chez l'homme, la distinction entre pyélonéphrite et **prostatite** est souvent difficile à établir cliniquement. Si nécessaire, le traitement doit être poursuivi plus longtemps après l'évaluation clinique (voir durée du traitement prostatite aiguë) (GRADE 1C*).

S'il y a des signes de **sepsis**, une hospitalisation est nécessaire pour un traitement intraveineux (GRADE 1C*).

La pyélonéphrite chez l'enfant (jusqu'à l'âge de 12 ans) nécessite une référence chez un pédiatre et une hospitalisation est généralement recommandée (GRADE 1C*).

Traitement antimicrobien

Commencer par un traitement empirique, puis ajuster en fonction de l'antibiogramme.

Si le patient a déjà pris des quinolones au cours des 6 derniers mois, le risque de résistance augmente. Les résultats de la culture et de l'antibiogramme doivent être surveillés de près. Si le germe semble être résistant, il faut consulter un urologue et, si nécessaire, relayer pour un traitement par voie intraveineuse.

- **lévofloxacine** oral
500 mg par jour en 1 prise pendant 7 j. (femme) - 14 j. (homme*)
- **ciprofloxacine** oral
1 g par jour en 2 prises pendant 7 j. (femme) - 14 j. (homme*)

*Chez les hommes, réévaluer cliniquement après 14 jours de traitement. Si l'amélioration n'est pas suffisante, reconsidérer le diagnostic de prostatite aiguë et prolonger le traitement jusqu'à 28 jours (voir durée du traitement prostatite aiguë).

Alternative (si contre-indication aux quinolones)

- **amoxicilline-acide clavulanique**
1,5 g par jour en 3 prises pendant 14 j.*
- **co-trimoxazole**
1 600/320 mg par jour en 2 prises pendant 14 j.*

*Chez les hommes, réévaluer cliniquement après 14 jours de traitement et le prolonger si nécessaire à 28 jours.

RÉFÉRENCES

1. Premiers Choix Prescrire. Pyélonéphrite aiguë simple chez un adulte. Actualisation Février 2018.
2. Catrall, J.W.S., et al., A systematic review of randomised clinical trials for oral antibiotic treatment of acute pyelonephritis. 2018. 37(12) : p. 2285-2291.
3. FR - Recommandations de traitements anti-infectieux en milieu hospitalier. BAPCOC 2017. https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/bapcoc_guidelineshospi_2017_sbimc-bvikm_fr_v1.pdf
4. van Nieuwkoop, C., et al., Treatment duration of febrile urinary tract infection : a pragmatic randomized, double-blind, placebo-controlled non-inferiority trial in men and women. BMC medicine, 2017. 15(1) : p. 70.
5. INAMI (2016). L'usage rationnel des antibiotiques chez l'enfant en ambulatoire. Réunion de consensus - 2 juin 2016. Rapport du jury. Texte complet (version longue) https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/consensus_texte_long_20160602.pdf
6. Neumann, I., & Moore, P. (2014). Pyelonephritis (acute) in non-pregnant women. *BMJ clinical evidence*, 2014.
7. NHG - Van Pinxteren B, K. B., Geerlings SE, Visser HS, Klinkhamer S, Van der Weele GM, Verduijn MM, Opstelten W, Burgers JS, Van Asselt KM. (2013). Urineweginfecties (derde herziening).
8. Vazquez, J. C., & Abalos, E. (2011). Treatments for symptomatic urinary tract infections during pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*(1), Cd002256. doi :10.1002/14651858.CD002256.pub2



Prostatite aiguë

Il est indiqué de commencer le traitement antibiotique empirique, après le prélèvement d'un échantillon d'urine et avant même les résultats de la culture et de l'antibiogramme (GRADE 1C*).

La distinction entre prostatite aiguë et pyélonéphrite est souvent difficile à établir cliniquement. Le traitement initial est donc identique, mais une durée plus longue peut convenir pour la prostatite (GRADE 1C*).

En outre, la prostatite peut également impliquer des agents pathogènes des IST (*Chlamydia*, *Gonocoques*, *Mycoplasmes*) (GRADE 1C*).

En cas de suspicion d'IST, d'autres maladies sexuellement transmissibles doivent être dépistées et traitées chez le patient et son ou ses partenaires sexuels. (GRADE 1C*)

Traitement antimicrobien

Commencer par un traitement empirique, puis ajuster en fonction de l'antibiogramme.

Si le patient a déjà pris des quinolones au cours des 6 derniers mois, le risque de résistance augmente. Les résultats de la culture et de l'antibiogramme doivent être surveillés de près. Si le germe semble être résistant, consultez un urologue et, si nécessaire, relayez pour un traitement par voie intraveineuse.

- **lévofloxacine** oral
500 mg par jour en 1 prise pendant 14-28 j.*
- **ciprofloxacine** oral
1 g par jour en 2 prises pendant 14-28 j.*

*Réévaluer cliniquement après 14 jours de traitement et le prolonger si nécessaire à 28 jours.

Alternatives (si contre-indication aux quinolones)

- **amoxicilline-acide clavulanique**
1,5 g par jour en 3 prises pendant 14-28 j.*
- **co-trimoxazole**
1 600/320 mg par jour en 2 prises pendant 14-28 j.*

*Réévaluer cliniquement après 14 jours de traitement et le prolonger si nécessaire à 28 jours.

En cas de forte suspicion d'IST ou d'IST avérées

- **ceftriaxone** IM
en dose unique de 500 mg
+ **doxycycline** oral
200 mg par jour en 2 prises pendant 10 j.

En cas de contre-indication absolue à l'un de ces produits, il faut consulter un urologue et/ou un microbiologiste.

RÉFÉRENCES

1. NICE (2018) : Prostatitis (acute) : antimicrobial prescribing. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng110/resources/prostatitis-acute-antimicrobial-prescribing-pdf-66141591700165>
2. FR - Recommandations de traitements anti-infectieux en milieu hospitalier. BAPCOC 2017. https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/bapcoc_guidelineshospi_2017_sbimc-bvikm_fr_v1.pdf
3. van Nieuwkoop, C., et al., Treatment duration of febrile urinary tract infection : a pragmatic randomized, double-blind, placebo-controlled non-inferiority trial in men and women. BMC medicine, 2017. 15(1) : p. 70.
4. NHG - Van Pinxteren B, K. B., Geerlings SE, Visser HS, Klinkhamer S, Van der Weele GM, Verduijn MM, Opstelten W, Burgers JS, Van Asselt KM. (2013). Urineweginfecties (derde herziening).
5. Traitement des infections urinaires fébriles des hommes. La Revue Prescrire Avril 2013 Tome 33 N° 354



Orchi-épididymite

L'orchi-épididymite chez l'enfant est généralement d'origine virale et ne nécessite pas d'antibiotique. Le diagnostic différentiel avec la torsion testiculaire doit toujours être fait jusqu'à l'âge de 18 ans (GRADE 1C*).

Le traitement antibiotique est recommandé chez l'adolescent (à partir de 12 ans) et chez l'adulte (GRADE 1C*)

L'orchi-épididymite est habituellement causée par une infection secondaire en cas d'infection des voies urinaires ou d'IST (*Chlamydia*, *Gonocoques*, *Mycoplasmes*).

En cas de suspicion d'IST, d'autres maladies sexuellement transmissibles doivent être dépistées et traitées chez le patient et son ou ses partenaires sexuels (GRADE 1C*).

Après le début du traitement empirique, le traitement doit être ajusté si nécessaire en fonction de l'antibiogramme.

Traitement antimicrobien

Orchi-épididymite avec suspicion d'IST

- **ceftriaxone** IM
en dose unique de 500 mg
+ **doxycycline** oral
200 mg par jour en 2 prises pendant 10 j.

En cas de contre-indication absolue à l'un de ces produits, il faut consulter un urologue et/ou un microbiologiste.

Orchi-épididymite sans suspicion d'IST

- **lévofloxacine** oral
500 mg par jour en 1 prise pendant 10 j.

En cas de contre-indication absolue à l'un de ces produits, il faut consulter un urologue et/ou un microbiologiste.

En cas de suspicion à la fois d'IST et d'entérobactéries, par exemple en cas de relations sexuelles anales

- **ceftriaxone** IM
en dose unique de 500 mg
 - en combinaison avec **lévofloxacine** oral
500 mg par jour en 1 prise pendant 10 j.
 - en cas de chlamydia avérée, ajouter également **doxycycline**
200 mg par jour en 2 prises pendant 10 j.

RÉFÉRENCES

1. Premiers Choix Prescrire. Gonococcie liée à un rapport sexuel. Actualisation Février 2019.
2. Diagnostic et prise en charge de la gonorrhée et de la syphilis – Résumé. Good Clinical Practice (GCP). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE Reports 310As. D/2019/10.273/18.
3. Street, E.J., et al., The 2016 European guideline on the management of epididymo-orchitis. International Journal of STD & AIDS, 2017. 28(8) : pp. 744-749.
4. NHG -Verlee L, B. M. (2016). Directive NHG de traitement Épididymite aiguë chez l'adulte. <https://www.nhg.org/themas/publicaties/nhg-behandelrichtlijn-acute-epididymitis-bij-volwassenen>
5. CDC 2015 STD Treatment guidelines. <https://www.cdc.gov/std/tg2015/tg-2015-print.pdf>



Maladie inflammatoire pelvienne (Pelvic Inflammatory Disease, PID)

Un traitement antibiotique est toujours recommandé (GRADE 1C*). Les patients dont l'état de santé général est bon, sans signe d'infection systémique et sans suspicion de complication, peuvent être traités en ambulatoire (GRADE 1A).

La salpingite peut être causée par une IST, mais elle peut aussi être causée par la flore commensale du vagin ou par des entérobactéries. Les schémas de traitement visent à lutter contre ce large éventail d'agents pathogènes potentiels.

En cas de suspicion de salpingite chez les femmes enceintes ou les enfants, consulter un gynécologue (ou un pédiatre) (GRADE 1C*).

En cas de suspicion d'IST, les autres maladies sexuellement transmissibles doivent être dépistées et traitées chez la patiente et son, sa ou ses partenaires sexuels. (GRADE 1C*).

Traitement antimicrobien

Les schémas suivants sont actuellement proposés

En cas d'instauration empirique

- **ceftriaxone**
(IM en dose unique de 500 mg)
+ **doxycycline**
(200 mg par jour en 2 prises pendant 14 j.)
+ **métronidazole**
(1,5 g par jour en 3 prises pendant 14 j.)

Alternative à l'instauration d'un traitement empirique, mais à éviter*

- **ciprofloxacine**
(500 mg par jour en 1 prise pendant 14 j.)
+ **métronidazole**
(1,5 g par jour en 3 prises pendant 14 j.)

*A éviter en raison du risque d'effets secondaires graves des fluoroquinolones et d'une efficacité insuffisante en cas de PID gonococcique (résistance accrue). Uniquement en cas de contre-indication absolue à la doxycycline.

En cas de présence avérée de *Chlamydia trachomatis*

- **ceftriaxone**
(IM en dose unique de 500 mg)
+ **doxycycline**
(200 mg par jour en 2 prises pendant 14 j.)
+ **métronidazole**
(1,5 g par jour en 3 prises pendant 14 j.)

Alternative

- **ceftriaxone**
(IM en dose unique de 500 mg)
+ **azithromycine**
1g/semaine pendant 2 semaines
+ **métronidazole**
(1,5 g par jour en 3 prises pendant 14 j.)

En cas de forte suspicion ou de présence avérée de gonocoques

- **ceftriaxone**
(IM en dose unique de 500 mg)
+ **azithromycine**
2g en une dose unique
+ **métronidazole**
(1,5 g par jour en 3 prises pendant 14 j.)

Seulement en cas de présence avérée de *Mycoplasma genitalium*

- **moxifloxacine**
(400 mg par jour en 1 prise pendant 14 j.)

Ce schéma doit être évité dans le cas de PID gonococcique en raison du risque d'effets secondaires graves avec les fluoroquinolones et d'une efficacité insuffisante.

RÉFÉRENCES

1. Premiers Choix Prescrire. Gonococcie liée à un rapport sexuel. Actualisation Février 2019.
2. [Infection par Chlamydia trachomatis liée à un rapport sexuel](#)
3. FR - Diagnostic et prise en charge de la gonorrhée et de la syphilis – Résumé. Good Clinical Practice (GCP). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE Reports 310As. D/2019/10.273/18.
4. Savaris, R. F., Fuhrich, D. G., Duarte, R. V., Franik, S., & Ross, J. (2017). Antibiotic therapy for pelvic inflammatory disease. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 4, Cd010285. doi :10.1002/14651858.CD010285.pub2
5. BASHH 2019 PID <https://www.bashhguidelines.org/current-guidelines/systemic-presentation-and-complications/pid-2019>
6. Ross, J., et al., 2017 European guideline for the management of pelvic inflammatory disease. International journal of STD & AIDS, 2018. 29(2) : pp. 108-114.



Vulvo-vaginite aiguë

Vaginose bactérienne

Le traitement antibiotique est efficace en cas de symptômes (GRADE 1A). Le traitement de la vaginose bactérienne asymptomatique, même pendant la grossesse, n'est pas recommandé étant donné **qu'il ne peut pas éviter une naissance prématurée** (GRADE 1B) [1, 2]. Seules les femmes présentant un risque élevé d'accouchement prématuré pourraient bénéficier d'un dépistage de la vaginose bactérienne asymptomatique (et d'un traitement si elles sont positives) [2] (GRADE 1B). Le traitement du/des partenaire(s) sexuel(s) n'est pas recommandé (GRADE 1A).

Trichomonas vaginalis

Un traitement antibiotique est recommandé (GRADE 1A). Le traitement pendant la grossesse est recommandé bien que ses effets potentiels sur l'issue de la grossesse (naissance prématurée, faible poids à la naissance) ne soient pas suffisamment connus (GRADE 2B).

Les autres IST doivent être systématiquement dépistées.

Le(s) partenaire(s) sexuel(s) doit (doivent) également être traité(s) (GRADE 1A).

Candidose vulvo-vaginale

Un traitement anti-infectieux est efficace en cas de symptômes.

Le traitement du(des) partenaire(s) n'est nécessaire que si le(s) partenaire(s) présente(nt) également des symptômes.

En cas de vaginite récidivante à *Candida*, après le traitement initial de l'épisode en cours, instaurer un traitement prophylactique pendant 6 mois (GRADE 1B).

Traitement antimicrobien

Vaginose bactérienne

- **métronidazole** oral
1000 mg par jour en 2 prises pendant 7 j.
- **métronidazole** ovule*
500 mg par jour en 1 prise pendant 7 j.
- **clindamycine** crème vaginale de 2 %
5 g par jour en 1 prise pendant 7 j.

* La réaction disulfirame-alcool est également observée en cas d'administration vaginale de métronidazole.

Pendant la grossesse, en cas de symptômes dérangeants ou de risque accru de naissance prématurée

- **métronidazole** oral*
1000 mg par jour en 2 prises pendant 7 j.
- **clindamycine** crème vaginale de 2 %
5 g par jour en 1 prise pendant 7 j.

* Le résumé des caractéristiques du produit (RCP) déconseille l'utilisation du métronidazole et de la clindamycine pendant le premier trimestre de la grossesse. Les données cliniques concernant leur utilisation pendant le 1er trimestre de grossesse sont pourtant rassurantes et la plupart des sources acceptent leur utilisation en période de grossesse.

Trichomonas vaginalis

- **tinidazole** oral (pas pendant la grossesse)
2 g en une dose unique
- **métronidazole** oral*
1 g par jour en 2 prises pendant 7 j.

* Le RCP déconseille l'utilisation du métronidazole pendant le premier trimestre de la grossesse. Les données cliniques concernant l'utilisation pendant le 1er trimestre de grossesse sont pourtant rassurantes et la plupart des sources acceptent son utilisation en période de grossesse.

Vulvo-vaginite à *Candida*

Les antimycotiques par voie locale ou orale présentent la même efficacité thérapeutique et le choix peut se faire en fonction de la préférence de la femme (GRADE 1B).

Traitement local

- **butoconazole**
ovule de 100 mg par jour pendant 3 j.
ou crème vaginale 5 g par jour pendant 3 j.
- **fenticonazole**
ovule de 600 mg en une dose unique
ou ovule de 200 mg par jour pendant 3 j.
ou crème vaginale 2 % 10 mg par jour en 2 prises pendant 3 j.
- **miconazole**
ovule de 1200 mg en dose unique
ou ovule de 200 mg par jour pendant 7 j.
ou crème vaginale en 1 prise par jour pendant 7 j.

Traitement par voie orale

- **fluconazole** oral
150 mg en une dose unique

Pendant la grossesse, seul le traitement local est recommandé, avec une préférence pour un traitement de 7 jours (GRADE 1C*)

Candidose vulvo-vaginale récidivante

- *Aussi bien l'auto-traitement en cas de symptômes que le traitement prophylactique constituent des stratégies appropriées (GRADE 1B) :*
- *Auto-traitement en cas de plaintes : la patiente dispose de prescriptions couvrant quelques mois, afin de pouvoir initier d'elle-même le traitement à l'apparition des symptômes.*

Traitement prophylactique

Traitement par voie orale

- traitement initial de l'épisode en cours avec du **fluconazole** oral à raison de 150 mg toutes les 72 heures (3 doses au total).
- suivi par du **fluconazole** oral 200 mg par semaine en 1 prise pendant 6 mois.

Traitement local

- Ovules hautement dosés (**miconazole** 1200 mg ou **fenticonazole** 600 mg) à prendre mensuellement le 5e jour du cycle. Si nécessaire, passer à 1 ovule par semaine pendant 6 mois.



Vulvo-vaginite aiguë

Vaginose bactérienne

Le traitement antibiotique est efficace en cas de symptômes (GRADE 1A). Le traitement de la vaginose bactérienne asymptomatique, même pendant la grossesse, n'est pas recommandé étant donné **qu'il ne peut pas éviter une naissance prématurée** (GRADE 1B) [1, 2]. Seules les femmes présentant un risque élevé d'accouchement prématuré pourraient bénéficier d'un dépistage de la vaginose bactérienne asymptomatique (et d'un traitement si elles sont positives) [2] (GRADE 1B). Le traitement du/des partenaire(s) sexuel(s) n'est pas recommandé (GRADE 1A).

Trichomonas vaginalis

Un traitement antibiotique est recommandé (GRADE 1A). Le traitement pendant la grossesse est recommandé bien que ses effets potentiels sur l'issue de la grossesse (naissance prématurée, faible poids à la naissance) ne soient pas suffisamment connus (GRADE 2B).

Les autres IST doivent être systématiquement dépistées.

Le(s) partenaire(s) sexuel(s) doit (doivent) également être traité(s) (GRADE 1A).

Candidose vulvo-vaginale

Un traitement anti-infectieux est efficace en cas de symptômes.

Le traitement du(des) partenaire(s) n'est nécessaire que si le(s) partenaire(s) présente(nt) également des symptômes.

En cas de vaginite récidivante à *Candida*, après le traitement initial de l'épisode en cours, instaurer un traitement prophylactique pendant 6 mois (GRADE 1B).

RÉFÉRENCES

1. La Revue Prescrire – Interactions médicamenteuses 2019 - Patientes ayant une infection vulvovaginale ou du col utérin.
2. Guide de pratique clinique sur la vaginite / vaginose – 2017 <https://www.ebpnet.be/fr/pages/display.aspx?ebmid=ebm0110b>
3. Howe, K. and P.J. Kissinger, Single-Dose Compared With Multidose Metronidazole for the Treatment of Trichomoniasis in Women : A Meta-Analysis. Sexually transmitted diseases, 2017. 44(1) : p. 29-34. Amaya-Guio, J., Viveros-Carreno, D. A., Sierra-Barrios, E. M., Martinez-Velasquez, M. Y., & Grillo-Ardila, C. F. (2016). Antibiotic treatment for the sexual partners of women with bacterial vaginosis. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 10, Cd011701. doi :10.1002/14651858.CD011701.pub2
4. Haahr, T., et al., Treatment of bacterial vaginosis in pregnancy in order to reduce the risk of spontaneous preterm delivery – a clinical recommendation. 2016. 95(8) : p. 850-860.
5. Fluor Vaginalis NHG (Tweedeherziening) 2016. <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-fluor-vaginalis>
6. Thinkhamrop, J., et al., Antibiotic prophylaxis during the second and third trimester to reduce adverse pregnancy outcomes and morbidity. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2015(6).
7. Meites, E., et al., A Review of Evidence-Based Care of Symptomatic Trichomoniasis and Asymptomatic Trichomonas vaginalis Infections. Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America, 2015. 61 Suppl 8(Suppl 8) : p. S837-S848.
8. Nurbhai, M., et al., Oral versus intra-vaginal imidazole and triazole anti-fungal treatment of uncomplicated vulvovaginal candidiasis (thrush). Cochrane Database of Systematic Reviews, 2007(4)
9. CBIP Fiche de transparence « prise en charge de la leucorrhée », dernière mise à jour 12-02-2019 <https://ft.cbip.be/fr/frontend/indication-group/113/summary>
10. <https://lecrat.fr/>
11. <https://www.lareb.nl/nl>



Urétrite

Un traitement antibiotique est toujours recommandé (GRADE 1C*).

En cas de symptômes légers, il faut attendre les résultats de l'examen microbiologique avant d'instaurer le traitement. En cas de symptômes sévères, un traitement empirique est instauré en attendant les résultats de l'examen microbiologique. Ce dernier est axé sur *Chlamydia* spp. et *N. gonorrhoeae*. Dès que ces résultats sont connus, passer à un traitement étiologique.

Pour les affections persistantes, mais sans infection à chlamydia ou gonocoque, les trichomonas et *Mycoplasma genitalium* (via un laboratoire de référence) doivent également être détectés.

En cas de suspicion d'IST, les autres maladies sexuellement transmissibles doivent être dépistées et traitées chez le patient et son ou ses partenaires sexuels.

L'abstinence sexuelle du début à 7 jours après la fin du traitement est recommandée pour prévenir la réinfection (GRADE 1C*).

Lorsque les symptômes ont disparu, un contrôle de guérison est facultatif et peut être effectué au plus tôt 4 semaines après la fin du traitement.

Traitement antimicrobien

Traitement empirique

- **ceftriaxone** IM
dose unique de 500 mg en combinaison avec de l'**azithromycine** oral, en dose unique de 2 g,
ou
- **ceftriaxone** IM
dose unique de 500 mg en combinaison avec de la **doxycycline** orale 200 mg par jour en 2 prises pendant 7 j.

Traitement étiologique des gonocoques

- **ceftriaxone** IM
dose unique de 500 mg en combinaison avec de l'**azithromycine** oral, en dose unique de 2 g.

En cas d'échec du traitement, il faut consulter un urologue, un infectiologue ou un microbiologiste.

Traitement étiologique de *Chlamydia* spp

- **doxycycline** oral
200 mg par jour en 2 prises pendant 7 j,
ou
- **azithromycine** oral
1 g en une dose unique.

Traitement étiologique de *Mycoplasma genitalium* [1]

De préférence, déterminer la sensibilité à l'**azithromycine** en même temps que le dépistage de **M. genitalium**.

En cas de sensibilité à l'**azithromycine**

- **azithromycine** oral
500 mg en 1 prise le jour 1 et ensuite 250 mg en 1 prise du jour 2 au jour 5 inclus.

En cas de résistance à l'**azithromycine**

- **moxifloxacin** oral
400 mg en 1 prise pendant 10 j.

RÉFÉRENCES

1. Premiers Choix Prescrire. Gonococcie liée à un rapport sexuel. Actualisation Février 2019. <https://prescrire.org/Fr/3/31/57476/0/NewsDetails.aspx?page=2>
2. Diagnostic et prise en charge de la gonorrhée et de la syphilis – Résumé. Good Clinical Practice (GCP). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE Reports 310As. D/2019/10.273/18. Urétrite et cervicite à Chlamydia – 2019 <https://www.ebpnet.be/fr/pages/display.aspx?ebmid=ebm00253>
3. Moi, H., K. Blee et P.J. Horner, Management of non-gonococcal urethritis. BMC Infectious Diseases, 2015. 15(1) : p. 294.
4. NHG - Van Bergen JEAM, D. J., Boeke AJP, Kronenberg EHA, Van der Spruit R, Burgers JS, Bouma M, Verlee E. (2013). Het soa-consult.



Syphilis

La syphilis doit toujours être traitée avec des antibiotiques (GRADE 1C*).

La syphilis peut se présenter sous diverses formes. La syphilis latente et primaire peut être traitée par un médecin généraliste. En cas de syphilis secondaire et tertiaire, il faut collaborer avec le spécialiste concerné ou orienter le patient vers ce dernier.

Syphilis primaire : chancre génito-anal (ulcère ano-rectal).

Syphilis secondaire : dissémination systémique avec lésions diffuses de l'épiderme et diverses manifestations aiguës possibles dans plusieurs organes.

Syphilis tertiaire : lésions cutanées de type nodules, plaques ou ulcères, neurosyphilis, syphilis cardiovasculaire.

Syphilis latente : sérologie positive tandis que le patient ne remarque pas (ou plus) de symptômes. Une distinction est faite entre :

Syphilis latente «précoce» : qui est restée sans traitement pendant moins d'un an.

Syphilis latente «tardive» : qui est restée sans traitement pendant plus d'un an ou qui est d'une durée inconnue.

En cas de syphilis chez l'enfant, chez la femme enceinte ou chez les patients atteints du VIH, il est toujours nécessaire - quel que soit le stade de la maladie - de consulter le spécialiste concerné.

La syphilis doit toujours être suivie sur le plan sérologique (RPR ou VDRL) après le traitement.

Les autres IST doivent être systématiquement dépistées. Le(s) partenaire(s) sexuel(s) doit (doivent) également être traité(s) (GRADE 1A).

Envisagez également le dépistage de la syphilis congénitale chez les (jeunes) enfants de mères infectées qui seraient nés dans des circonstances sans garantie suffisante de prise en charge adéquate (GRADE 1C*).

Traitement antimicrobien

Syphilis primaire, secondaire et syphilis latente précoce

Premier choix

- **benzathine benzylpénicilline** IM*,
2,4 millions d'UI, à 2 endroits différents (un seul jour de traitement).

En cas d'allergie à la pénicilline

- **doxycycline** oral
200 mg par jour en 2 prises pendant 14 j.

Syphilis latente tardive

Premier choix

- **benzathine benzylpénicilline** IM*,
2,4 millions d'UI, à 2 endroits différents aux jours 1, 8 et 15.

En cas d'allergie à la pénicilline

- **doxycycline** oral
200 mg par jour en 2 prises pendant 28 j.

* Comme les injections de pénicilline sont très douloureuses, 2 ml de solvant peuvent être remplacés par 2 ml de lidocaïne 2 %.

RÉFÉRENCES

1. Diagnostic et prise en charge de la gonorrhée et de la syphilis – Résumé. Good Clinical Practice (GCP). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE Reports 310As. D/2019/10.273/18.
2. Liu, H.-Y., et al., Comparison of efficacy of treatments for early syphilis : A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials and observational studies. PloS one, 2017. 12(6) : p. e0180001-e0180001.
3. Traitements d'une syphilis précoce. La Revue Prescrire, Novembre 2017, Tome 37 N° 409.
4. Kingston, M., French, P., Higgins, S., McQuillan, O., Sukthankar, A., Stott, C., Sullivan, A. (2016). UK national guidelines on the management of syphilis 2015. International journal of STD & AIDS, 27(6), 421-446. doi :10.1177/0956462415624059
5. CDC 2015 STD Treatment guidelines.
6. <https://www.cdc.gov/std/tg2015/tg-2015-print.pdf>
7. NHG - Van Bergen JEAM, D. J., Boeke AJP, Kronenberg EHA, Van der Spruit R, Burgers JS, Bouma M, Verlee E. (2013). Het soa-consult.
8. Bai, Z. G., Wang, B., Yang, K., Tian, J. H., Ma, B., Liu, Y., . . . Li, Y. (2012). Azithromycin versus penicillin G benzathine for early syphilis. The Cochrane Database of Systematic Reviews (6), Cd007270. doi :10.1002/14651858.CD007270. pub2



Herpès génital

Indications

En cas de premier épisode d'herpès génital, un traitement antiviral oral doit être instauré le plus rapidement possible afin de diminuer les symptômes et la durée des lésions (GRADE 1B).

En cas de **récidive**, en fonction de la gravité des symptômes, le patient pourra choisir un traitement symptomatique ou un traitement antiviral. Un traitement antiviral oral, initié dans les 24 heures suivant l'apparition des premiers symptômes, réduit la durée des symptômes (1 à 2 jours), la durée des lésions et le nombre de poussées (GRADE 1A).

En cas de récurrences très fréquentes (au moins 6 par an), **un traitement prophylactique antiviral à long terme est également possible**. Cela peut réduire le nombre des récurrences (GRADE 1B). Évaluer après 6 à 12 mois, éventuellement envisager d'interrompre le traitement et de le reprendre si nécessaire en cas de récurrences fréquentes. Évaluer ensuite chaque année.

Pour les **femmes enceintes** atteintes d'herpès génital actif ou qui ont des antécédents d'herpès génital, il est nécessaire de consulter un gynécologue et de prendre des mesures prophylactiques pour l'accouchement (GRADE 1A).

Chez les **patients immunodéprimés** atteints d'herpès génital, il est recommandé de se concerter avec le spécialiste ou l'infectiologue traitant (GRADE 1C*).

Traitement antimicrobien

Primo-infection

- **valaciclovir** oral
1 g par jour en 2 prises pendant 5-10 j.*
 - **aciclovir** oral
1 g par jour en 5 prises pendant 5-10 j.
1,2 g par jour en 3 prises pendant 5-10 j.
- *5 jours de traitement suffisent, à porter à 10 jours si de nouvelles lésions s'ajoutent ou en cas de symptômes systémiques persistants.

Herpès génital récidivant

Autotraitement en cas de récurrence

Le patient doit disposer de suffisamment de médicaments pour pouvoir commencer lui-même le traitement dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes.

- **valaciclovir** oral
1 g par jour en 2 prises pendant 3 j.
 - **aciclovir** oral*
1 g par jour en 5 prises pendant 3 j.
2,4 g par jour en 3 prises pendant 2 j.
- * En Belgique, l'aciclovir n'est remboursé pour le traitement prophylactique qu'à partir de 6 poussées par an.

Traitement prophylactique continu en cas de récurrences fréquentes (> 6/an)

- **aciclovir** oral*
800 mg par jour en 2 prises, à réévaluer annuellement.
 - **valaciclovir** oral
500 mg par jour en 1 prise (si < 10 récurrences/an), à réévaluer annuellement.
1000 mg par jour en 1 prise (si > 10 récurrences/an), à réévaluer annuellement.
- * En Belgique, l'aciclovir n'est remboursé pour le traitement prophylactique qu'à partir de 6 poussées par an.

RÉFÉRENCES

1. Duodecim Herpès Genital – 2018
<https://www.ebpnet.be/fr/pages/display.aspx?ebmid=ebm00258>
Patel, R., et al., 2017 European guidelines for the management of genital herpes. International journal of STD & AIDS, 2017. 28(14) : p. 1366-1379.
2. Heslop, R., Roberts, H., Flower, D., & Jordan, V. (2016). Interventions for men and women with their first episode of genital herpes. The Cochrane Database of Systematic Reviews(8), Cd010684. doi :10.1002/14651858.CD010684.pub2
3. CDC 2015 STD Treatment guidelines.
<https://www.cdc.gov/std/tg2015/tg-2015-print.pdf>
4. Hollier, L. M., &Eppes, C. (2015). Genital herpes : oral antiviral treatments. BMJ clinical evidence, 2015.
5. BASHH. (2014). Herpes in pregnancy. <https://www.bashhguidelines.org/current-guidelines/genital-ulceration/herpes-in-pregnancy-2014/>
6. Le Cleach, L., Trinquart, L., Do, G., Maruani, A., Lebrun-Vignes, B., Ravaut, P., & Chosidow, O. (2014). Oral antiviral therapy for prevention of genital herpes outbreaks in immunocompetent and nonpregnant patients. The Cochrane Database of Systematic Reviews (8), Cd009036. doi :10.1002/14651858.CD009036.pub2
7. NHG - Van Bergen JEAM, D. J., Boeke AJP, Kronenberg EHA, Van der Spruit R, Burgers JS, Bouma M, Verlee E. (2013). Het soa-consult.



Traitement du partenaire sexuel et traitement des infections sexuellement transmissibles (IST) asymptomatiques

Lorsqu'une IST est découverte à la suite d'un dépistage ou dans le cadre du traitement d'un partenaire sexuel, les traitements peuvent parfois être différents de ceux utilisés en cas de symptômes cliniques.

Idéalement, avant de commencer le traitement, le(s) partenaire(s) sexuel(s) devrait (devraient) d'abord subir un test de dépistage des IST. Si cela n'est pas possible, le traitement peut également être instauré empiriquement sur la base de l'infection constatée dans le « cas index » (traitement « épidémiologique »). Le(s) partenaire(s) sexuel(s) du patient depuis l'apparition des symptômes (ou la détection dans le cadre du dépistage) et au cours de la période précédente doit (doivent) être retrouvé(s).

Lorsqu'une IST est constatée dans le cadre d'un dépistage d'un partenaire, d'autres IST doivent également être dépistées et des conseils doivent être dispensés.

L'abstinence sexuelle jusqu'à 7 jours après la fin du traitement est recommandée pour prévenir la réinfection (GRADE 1C*).

Traitement antimicrobien

Chlamydia

(Dépistage des partenaires jusqu'à 6 mois avant l'apparition des symptômes)

- **doxycycline** oral
200 mg en 2 prises, pendant 7 j. (pas pendant la grossesse)
- **azithromycine** oral
en dose unique de 1 g

Gonocoques

(Dépistage des partenaires jusqu'à 3 mois avant l'apparition des symptômes)

Premier choix

- **ceftriaxone** IM
dose unique de 500 mg en combinaison avec **azithromycine** oral en dose unique de 2 g.

Pendant la grossesse

- **ceftriaxone** IM
en dose unique de 500 mg.

En cas d'intolérance à la **ceftriaxone** :

- référence vers la 2^e ligne

Syphilis

Recherche des partenaires (pour dépistage) jusqu'à 3 mois (syphilis primaire), 6 mois (syphilis secondaire), 2 ans (syphilis latente précoce) et jusqu'à 30 ans pour la syphilis latente tardive et syphilis tertiaire.

Premier choix

- **benzathine benzylpénicilline** IM*
2,4 millions d'UI, à 2 endroits différents en cas de suspicion d'infection < 1 an : traitement d'un jour.

* Comme les injections de pénicilline sont très douloureuses, 2 ml de solvant peuvent être remplacés par 2 ml de lidocaïne 2 %.

En cas d'allergie à la pénicilline

- **doxycycline**
200 mg par jour en 2 prises pendant 14 j.

Trichomonas vaginalis

(dépistage des partenaires jusqu'à 2 mois)

- **tinidazol** oral
en dose unique de 2 g (pas pendant la grossesse)
- **métronidazole** oral
1 g par jour en 2 prises pendant 7 j.

RÉFÉRENCES

1. Premiers Choix Prescrire. Gonococcie liée à un rapport sexuel. Actualisation Février 2019.
2. FR - Diagnostic et prise en charge de la gonorrhée et de la syphilis – Résumé. Good Clinical Practice (GCP). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE Reports 310As. D/2019/10.273/18.
3. Urétrite et cervicite à Chlamydia – 2019 <https://www.ebpnet.be/fr/pages/display.aspx?ebmid=ebm00253>
4. Guide de pratique clinique sur la vaginite / vaginose – 2017 <https://www.ebpnet.be/fr/pages/display.aspx?ebmid=ebm0110b>
5. Lanjouw, E., et al., 2015 European guideline on the management of Chlamydia trachomatis infections. International journal of STD & AIDS, 2016. 27(5) : pp. 333-48.
6. Tiplica, G.S., et al., 2015 European guidelines for the management of partners of persons with sexually transmitted infections. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology : JEADV, 2015. 29(7) : p. 1251-7.
7. NHG - Van Bergen JEAM, D. J., Boeke AJP, Kronenberg EHA, Van der Spruit R, Burgers JS, Bouma M, Verlee E. (2013). Het soa-consult.



Gastro-entérite aiguë (sauf diarrhée du voyageur)

Une gastro-entérite aiguë est généralement d'origine virale et évolue favorablement de manière spontanée avec disparition des symptômes dans un délai de deux semaines le plus souvent.

En règle générale, les antibiotiques ne sont pas indiqués chez les patients présentant une gastro-entérite aiguë (GRADE 1B).

Le traitement doit viser principalement à prévenir ou à corriger la déshydratation.

Les antibiotiques sont, par contre, indiqués dans les cas suivants :

- syndrome de dysenterie (diarrhée avec fièvre, sang dans les selles et/ou altération importante de l'état général) (GRADE 2C)
- patients immunodéprimés (oncologie, immunothérapie, ...)

L'hospitalisation est recommandée chez :

- les patients présentant une présentation septique, une altération grave de l'état général et une diarrhée sanglante (GRADE 1C*)
- les patients atteints de déshydratation (sévère) pour lesquels la réhydratation orale ambulante ne peut être garantie (GRADE 1C*)

La concertation avec un gastro-entérologue est indiquée chez les patients atteints d'une maladie inflammatoire de l'intestin.

*Les examens intestinaux sont indiqués en cas de **diarrhée persistante** (> 10 jours) afin d'instaurer un traitement causal (GRADE 2C), ainsi **qu'avant le début d'un traitement antibiotique empirique.***

Traitement antimicrobien

- **azithromycine**

Enfant : 10 mg/kg/j pendant 3 jours, en 1 prise

Adulte : 500 mg par jour pendant 3 j.

(À débiter après le prélèvement d'un échantillon des selles pour le diagnostic étiologique et l'adaptation éventuelle du traitement en fonction de l'étiologie).

RÉFÉRENCES

1. Diarrhée aiguë bénigne chez un adulte - Premiers Choix Prescrire, actualisation décembre 2018 Rev Prescrire 2019; 39 (424) : 120
2. INAMI (2016). L'usage rationnel des antibiotiques chez l'enfant en ambulatoire. Réunion de consensus du 2 juin 2016. Rapport du jury Extrait de https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/consensus_texte_long_20160602.pdf
3. DUODECIM. (2015). Diarree veroorzaakt door microben.
4. NHG -Belo JN, B. M., Brühl PhC, Lemmen WH, Pijpers MAM, Van den Donk M, Burgers JS, Bouma M, Loogman MCM. (2014). Norme NHG Diarrhée aiguë.
5. Gottlieb, T., & Heather, C. S. Diarrhoea in adults (acute). BMJ clinical evidence, 2011.



Diverticulite

On sait peu de choses sur l'évolution et le pronostic naturels de la diverticulite, mais des recherches récentes ont démontré que les **antibiotiques ne sont pas utiles pour le traitement de la diverticulite non compliquée (GRADE 1A)**.

Les antibiotiques sont, par contre, indiqués dans les cas suivants :

- chez les immunodéprimés, chez les patients présentant une comorbidité significative, avec une CRP > 150 mg/L (GRADE 1C*)
- en cas de diverticulite compliquée confirmée par un CT-scan de l'abdomen (GRADE 1C*)

L'hospitalisation est indiquée en cas de syndrome inflammatoire sévère ou de septicémie (GRADE 1C*)

Traitement antimicrobien

Premier choix

- **amoxicilline-acide clavulanique**
1,5 g par jour en 3 prises pendant 7-14 j.

Alternative en cas d'allergie à la pénicilline

- **ciprofloxacine**
1 g par jour en 2 prises
+ métronidazole
1,5 g par jour en 3 prises pendant 7 j.

RÉFÉRENCES

1. Diverticulite aiguë du côlon. Une évolution souvent favorable sans hospitalisation ni antibiotique Rev Prescrire 2018; 38 (421) : 837-842
2. Chevalier, P. Antibiotica hebben geen meerwaarde bij patiënten met acute, ongecompliceerde diverticulitis : de bevestiging. Minerva. 15/02/2018
3. Daniels L, Ünü Ç, de Korte N, et al; Dutch Diverticular Disease (3D) Collaborative Study Group. Randomized clinical trial of observational versus antibiotic treatment for a first episode of CT proven uncomplicated acute diverticulitis. Br J Surg 2017;104 :52-61. DOI : 10.1002/bjs.10309
4. HAS. Prise en charge médicale et chirurgicale de la diverticulite colique Novembre 2017 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-12/fs_diverticulite_v5.pdf



Abcès périanal

Le traitement d'un abcès périanal est en premier lieu chirurgical : incision et drainage (GRADE 1C*). La place des antibiotiques en pré-opératoire dans la pratique ambulatoire n'est pas claire.

RÉFÉRENCES

1. Ommer A, Herold A, Berg E, Fürst A, Sailer M, Schiedect T. S3 Guideline : anal abcess. J Colorectal Dis 2012; 27 : 831-837.



Éradication de l'*Helicobacter pylori*

Lorsque l'*Helicobacter pylori* a été détecté chez des patients souffrant d'ulcères duodénaux (GRADE 1A), d'ulcères gastriques (GRADE 1B) ou de dyspepsie (GRADE 1A), **une antibiothérapie d'éradication est recommandée.**

Traitement antimicrobien

Traitement combiné durant 10 jours

- **IPP**

40 mg oméprazol (ou équivalent) en 2 prises par jour
+ **amoxicilline**
2 g en 2 prises par jour
+ **clarithromycine**
1 g en 2 prises par jour
+ **métronidazole**
1 g en 2 prises par jour

Alternative

Traitement combiné durant 10 jours

- **IPP**

40 mg oméprazol (ou équivalent) en 2 prises par jour
+ **bismuth**
1680 mg en 4 prises par jour
+ **tétracycline**
1500 mg en 4 prises par jour
+ **métronidazole**
1500 mg en 4 prises par jour

Il est important de vérifier le résultat de l'éradication à l'aide d'un test non invasif (par un test respiratoire à l'urée ou par la détection d'antigènes dans les selles) au moins 4 semaines après l'arrêt du traitement combiné.*

*(*Si la prise d'IPP est prolongée, elle doit être interrompue au moins deux semaines avant de procéder à la vérification).*

RÉFÉRENCES

1. Ford, A. C., Gurusamy, K. S., Delaney, B., Forman, D., & Moayyedi, P. (2016). Eradication therapy for peptic ulcer disease in *Helicobacter pylori*-positive people. The Cochrane database of systematic reviews, 4, Cd003840. doi :10.1002/14651858.CD003840.pub5
2. Après antibiothérapie, vérifier la disparition de *H. pylori* par un test non invasif. Rev Prescrire 2015; 35 (384) : 759
3. Prescrire Rédaction. Infection par *Helicobacter pylori* et ulcère gastrique ou duodéal. Rev Prescrire 2015;35 :756-62.
4. Li BZ, Threapleton DE, Wang JY, et al. Comparative effectiveness and tolerance of treatments for *Helicobacter pylori* : systematic review and network meta-analysis. BMJ 2015;351 :h4052.
5. Ferrant L. Eradicatie van *Helicobacter pylori* bij functionele dyspepsie. Minerva 2012;11(8) :99-100.
6. Mazzoleni LE, Sander GB, de Magalhaes Francesconi CF, et al. *Helicobacter pylori* eradication in functional dyspepsia : HEROES trial. Arch Intern Med 2011;171 :1929-36.



Abcès dentaire

Il est recommandé de référer les patients souffrant d'un abcès dentaire à un dentiste. Pour le traitement d'un abcès dentaire, il est fait référence au 'Guide clinique pour la prescription prudente d'antibiotiques en pratique dentaire' du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE).

RÉFÉRENCES

1. Leroy R, Bourgeois J, Verleye L, Declerck D, Depuydt P, Eloit A, Carvalho JC, Teughels W, Cauwels R, Leprince J, Toma S, Michiels K, Aryanpour S, Vanden Abbeele A, De Bruyne M. Guideline on the prudent prescription of antibiotics in the dental office. Good Clinical Practice (GCP) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2020. KCE Reports 332. D/2020/10.273/23.
Disponible sur le site: <https://kce.fgov.be/fr/guide-clinique-pour-la-prescription-prudente-d%E2%80%99antibiotiques-en-pratique-dentaire>



Conjonctivite aiguë

La conjonctivite aiguë ne guérit pas plus rapidement avec des antibiotiques qu'avec un placebo, même si après culture, l'origine bactérienne de l'infection soit avérée. **C'est pourquoi les antibiotiques ne sont généralement pas indiqués pour une personne en bonne santé** (GRADE 1A).

Les antibiotiques peuvent être envisagés en cas de problèmes graves, de porteurs de lentilles de contact ou sans amélioration après 3 à 4 jours de rinçage à l'eau (GRADE 2C).

Les antibiotiques sont, par contre, indiqués chez les patients à risque : Sur la base des facteurs de risque, des antécédents et du tableau clinique, le médecin détermine qui sont ces patients à risque (par exemple, les patients immunodéprimés ou les personnes souffrant d'une oculopathie) (GRADE 1C*).

Chez les nourrissons de moins de 1 mois, le pédiatre ou l'ophtalmologue sera consulté sur le fait que l'origine puisse être liée à une infection chez la mère, telle qu'une chlamydia ou une gonorrhée (GRADE 1C*).

Traitement antimicrobien

- gouttes oculaires au **chloramphénicol**
6 applications par jour jusqu'à 48 heures après guérison
- gel oculaire d'**acide fusidique**
4 à 6 applications par jour jusqu'à 48 heures après guérison

RÉFÉRENCES

1. Conjonctivites présumées bactériennes. La Revue Prescrire 2018; 38 : 61-64
2. NHG (2017). NHG-Standaard Rood oog en oogtrauma (Tweede herziening). <https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/rood-oog-en-oogtrauma>
3. INAMI. Médicaments, C. v. d. E. v. d. M. P. i. (2016). L'usage rationnel des antibiotiques chez l'enfant en ambulatoire. Réunion de consensus du 2 juin 2016. Rapport du jury Extrait de https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/consensus_texte_long_20160602.pdf
4. Sheikh, A., Hurwitz, B., van Schayck, C. P., McLean, S., & Nurmatov, U. (2012). Antibiotics versus placebo for acute bacterial conjunctivitis. The Cochrane Database of Systematic Reviews(9), CD001211. doi :10.1002/14651858.CD001211.pub3
5. Epling, J. (2012). Bacterial conjunctivitis. BMJ clinical evidence, 2012.



Politique antibiotique et contrôle des infections associées aux soins dans les maisons de repos et de soins

Pour la politique antibiotique et le contrôle des infections associées aux soins dans les maisons de repos et de soins, il est fait référence à:

<https://farmaka.cbip.be/fr/formulaire-p-a>

RÉFÉRENCES

1. Rose PW, Harnden A, Brueggemann AB, Perera R, Sheikh A, Crook D, Mant D. Chloramphenicol treatment for acute infective conjunctivitis in children in primary care : a randomised double-blind placebo-controlled trial. Lancet 2005; 366 :37-43.
2. Rietveld RP, ter Riet G, Bindels PJE, Bink D, Sloos JH, van Weert HCP. The treatment of acute infectious conjunctivitis with fusidic acid : a randomized controlled trial. Br J Gen Pract 2005; 55 : 924-30.



S. aureus et SARM

Le genre *Staphylococcus* regroupe plus de 20 espèces. *S. aureus*, *S. epidermidis*, *S. haemolyticus* et *S. saprophyticus* sont ceux le plus souvent isolés chez l'homme. La pathogénicité et la propagation d'une souche de *S. aureus* sont largement déterminées par la présence de facteurs de virulence, p. ex. l'exotoxine Toxic Shock Syndrome Toxine-1 (TSST-1) et la leucocidine de Panton-Valentine (PVL).

La PVL est une exotoxine *S. aureus* qui peut provoquer des abcès et des infections nécrosantes de la peau, du tissu sous-cutané et des poumons. Au cours des dernières années, on a observé une augmentation des infections de la peau et des tissus mous par des souches de *S. aureus* PVL-positives dans le monde entier. La production de PVL peut être observée dans le SARM ainsi que dans le *S. aureus* sensible à la méthicilline (SASM). En général, moins de 5 % des souches *S. aureus* sont PVL-positives. Cependant, la plupart des souches de *S. aureus* (de la deuxième ligne) associées aux infections abcédantes survenues à l'extérieur de l'hôpital sont PVL-positives.

S. aureus

Situation familiale

Dans le cas d'un patient infecté par *S. aureus*, seul le patient concerné sera traité. D'autres mesures ne sont pas nécessaires, à moins que plusieurs membres de la famille n'aient été infectés (voir ci-dessous).

En cas de *S. aureus* PVL+ ou de *S. aureus* PVL- récurrent, le patient doit être également décolonisé après le traitement.

En cas de lésions cutanées récurrentes dues à *S. aureus* PVL+ ou d'extension au sein de la famille, outre le patient (après traitement), les membres de la famille doivent être décolonisés, qu'ils soient porteurs ou non. Cette décolonisation est instaurée le même jour pour tous les membres de la famille, après que toutes les lésions cutanées ont été guéries.

Collectivité

En cas d'éclosion de *S. aureus* dans une collectivité - détection de la source et enquête sur les contacts. Pour cela, vous pouvez prendre contact avec le service provincial de lutte contre les maladies infectieuses.

<https://www.zorg-en-gezondheid.be/contact-infectieziektebestrijding-en-vaccinatie> of https://www.wiv-isp.be/matra/cf/cf_declarer.aspx

En principe, les enfants atteints d'impétigo sont autorisés à fréquenter l'école ou la crèche. Dans certains cas exceptionnels, l'équipe de lutte contre les maladies infectieuses peut recommander que, dans une classe d'école ou dans un groupe d'enfants d'une crèche qui compte plusieurs enfants (> 3 cas confirmés par mois) atteints d'impétigo, ou que lorsqu'un enfant présente des lésions importantes, de n'accepter le(s) enfant(s) que 24 à 48 heures après le début du traitement antibiotique ou quand les vésicules ont éclaté et que les lésions sont sèches. Les vésicules desséchées ne sont pas contagieuses.

Les enfants ou les personnes chez lesquels l'hygiène des mains et des plaies ne peut pas être garantie, ou lorsque la blessure ne peut être couverte/suffisamment couverte, ne peuvent pas être acceptés à la maternelle/à l'école/dans l'institution/au travail avant que la lésion ne soit guérie. Ils ne peuvent pas, non plus, prendre part à des sports qui nécessitent de partager l'équipement. De même, l'utilisation d'infrastructures de *wellness* (y compris les massages) et des piscines est interdite jusqu'à la guérison des plaies.

SARM

Situation familiale

Dans le cas d'un patient atteint d'une infection à SARM, seul le patient concerné est traité, si nécessaire en concertation avec le microbiologiste ou l'infectiologue. Après le traitement, le patient doit également être décolonisé.

En cas de lésions cutanées récurrentes dues à SARM PVL+ ou d'extension au sein de la famille, outre le patient (après traitement), les membres de la famille doivent être décolonisés, qu'ils soient porteurs ou non. Cette décolonisation est instaurée le même jour pour tous les membres de la famille, après que toutes les lésions cutanées ont été guéries.

Collectivité

En cas d'éclosion de *S. aureus* dans une collectivité - détection de la source et enquête sur les contacts. Pour cela, vous pouvez prendre contact avec le service provincial de lutte contre les maladies infectieuses. <https://www.zorg-en-gezondheid.be/contact-infectieziektebestrijding-en-vaccinatie> of https://www.wiv-isp.be/matra/cf/cf_declarer.aspx

Les enfants ou les personnes chez lesquels l'hygiène des mains et des plaies ne peut pas être garantie, ou lorsque la blessure ne peut être couverte/suffisamment couverte, ne peuvent pas être acceptés à la maternelle/à l'école/dans l'institution/au travail

avant que la lésion ne soit guérie. Ils ne peuvent pas, non plus, prendre part à des sports qui nécessitent de partager l'équipement. De même, l'utilisation d'infrastructures de *wellness* (y compris les massages) et des piscines est interdite jusqu'à la guérison des plaies.

RÉFÉRENCES

1. Agentschap Zorg en Gezondheid. Richtlijn infectieziektenbestrijding Vlaanderen. *Staphylococcus Aureus-infecties, inclusief MRSA*. https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Staphylococcus%20aureus_2017_NH.pdf <https://www.zorg-en-gezondheid.be/contact-infectieziektebestrijding-en-vaccinatie>

DOSSIERS

1. AViQ : Familles Santé Handicap. Déclaration des maladies transmissibles. Staphylocoque doré résistant à la méthicilline d'origine communautaire https://www.wiv-isp.be/matra/PDFs/2017_info%20MRSA%20grand%20public.pdf
2. Agentschap Zorg en Gezondheid. Folder CA-MRSA <https://www.zorg-en-gezondheid.be/folder-ca-mrsa>



Contact :



service public fédéral

**Santé publique,
Sécurité de la Chaîne alimentaire
et Environnement**

BAPCOOC

Belgian Antibiotic Policy Coordination Commission

Avenue Galilée, 5/2

1210 Bruxelles

mail : bapcoc@health.fgov.be

www.health.belgium.be

Ces recommandations sont intégrées dans le Répertoire des médicaments du CBIP et sont également publiées sur (www.cbip.be)

Une version éco-imprimable est disponible [ici](#).

Deze gids is ook beschikbaar in het Nederlands.

20 janvier 2021