

# Nouvelles durées des antibiothérapies

Recommandations SPILF 2021

Docteur Elise FIAUX  
Infectiologue CHU de Rouen

# Liens d'intérêt

- Pas de conflit d'intérêt pour cette présentation
- Invitation formations/congrès :
  - JNI 2018
  - ECCMID 2022
- Pas d'appartenance à un conseil consultatif scientifique
- Pas d'investissement dans les sociétés pharmaceutiques
- Pas de subvention reçue dans le cadre de la recherche

# Introduction

→ 2 stratégies de lutte contre l'antibiorésistance :



## 1) Prévenir les infections et lutter contre la transmission des bactéries (et des gènes de résistance)

- ↑ recours aux méthodes diagnostiques
- ↑ mesures de prévention : respect des mesures barrière, hygiène des mains, vaccination



## 2) Favoriser le bon usage des ATB

# Bon usage des ATB

- **Mieux** prescrire (choix de molécule, posologie)
- **Moins** prescrire :
  - durée limitée
  - traitement différé
  - abstention (infections virales)
  - spectre ATB adapté
- Intérêts de diminuer la durée des ATB :
  - ↓ pression de sélection
  - ↓ consommation ATB
  - ↓ fréquence et sévérité des effets secondaires
  - ↓ coûts
  - ↑ observance
- 1 journée en moins d'amox-clav en ville pour chaque patient : -8%  
consommation annuelle !



# Recommandations de la SPILF pour des durées optimisées des traitements antibiotiques

Diaporama réalisé par le groupe recommandations de la SPILF, à la suite de la publication de la recommandation(1)

# Méthodologie 1

- Une seule durée de traitement (pas de fourchettes)
- Les molécules ne sont mentionnées que si elles s'accompagnent d'une durée particulière
- Seules les situations courantes ont été retenues
- Les durées recommandées ne concernent que des patients avec une évolution favorable

## Méthodologie 2

- Base: propositions 2017 (2)
- Revue de la littérature publiée sur le sujet depuis 2015
- Si thèmes non abordés en 2017, revue de la littérature étendue à l'ensemble des données disponibles.
- Synthèse par le groupe recommandation de la SPILF
- Si question en suspend, vote en assemblée au cours du congrès national



Available online at  
**ScienceDirect**  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
[www.em-consulte.com/en](http://www.em-consulte.com/en)



## Guidelines

# Anti-infectious treatment duration: The SPILF and GPIP French guidelines and recommendations



## *Durées des traitements anti-infectieux. Recommandations françaises SPILF et GPIP*

R. Gauzit<sup>a,\*</sup>, B. Castan<sup>b</sup>, E. Bonnet<sup>c</sup>, J.P. Bru<sup>d</sup>, R. Cohen<sup>e</sup>, S. Diamantis<sup>f</sup>, A. Faye<sup>g</sup>, H. Hitoto<sup>h</sup>, N. Issa<sup>i</sup>, D. Lebeaux<sup>j,k</sup>, P. Lesprit<sup>l</sup>, L. Maulin<sup>m</sup>, D. Poitrenaud<sup>n</sup>, J. Raymond<sup>o</sup>, C. Strady<sup>p</sup>, E. Varon<sup>q</sup>, R. Verdon<sup>r,s</sup>, F. Vuotto<sup>t</sup>, Y. Welker<sup>u</sup>, J.P. Stahl<sup>v</sup>

<sup>a</sup> Infectiologie transversale, CHU Cochin, AP-HP, 75014 Paris, France

<sup>b</sup> Maladies infectieuses et tropicales, CHG, 24000 Périgueux, France

<sup>c</sup> Équipe Mobile d'Infectiologie, Hôpital Joseph-Ducuing, Clinique Pasteur, 31300 Toulouse, France

<sup>d</sup> Maladies Infectieuses, CH Annecy-Genevois, 74374 Pringy, France

<sup>e</sup> Unité petits nourrissons, CHI, 94000 Créteil, France

<sup>f</sup> Maladies Infectieuses et Tropicales, groupe hospitalier Sud Île-de-France, 77000 Melun, France

<sup>g</sup> Pédiatrie Générale et maladies infectieuses, Hôpital Robert-Debré, Université de Paris, AP-HP, 75019 Paris, France

<sup>h</sup> Maladies Infectieuses et Tropicales, CH, 72037 Le Mans, France

<sup>i</sup> Réanimation médicale et maladies infectieuses, Hôpital Saint-André, CHU, 33000 Bordeaux, France

<sup>j</sup> Université de Paris, 75006 Paris, France

<sup>k</sup> Microbiologie, Unité Mobile d'Infectiologie, HEGP, AP-HP, 75015 Paris, France

<sup>l</sup> Unité transversale d'hygiène et d'infectiologie, Service de Biologie Clinique, Hôpital Foch, 92150 Suresnes, France

<sup>m</sup> Maladies Infectieuses et tropicales, CHIAP, 13616 Aix-en-Provence, France

<sup>n</sup> Unité fonctionnelle d'Infectiologie Régionale, CH Ajaccio, 20303 Ajaccio, France

<sup>o</sup> Bactériologie, Centre Hospitalier Bicêtre, 94270 Kremlin-Bicêtre, France

<sup>p</sup> Cabinet d'infectiologie, Groupe Courlancy, 51100 Reims, France

<sup>q</sup> Laboratoire de Biologie Médicale et Centre National de Référence des Pneumocoques, CHIC, 94000 Créteil, France

<sup>r</sup> Maladies Infectieuses et Tropicales, CHU, 14033 Caen, France

<sup>s</sup> Groupe de Recherche sur l'Adaptation Microbienne (GRAM 2.0), Normandie Univ, UNICAEN, UNIROUEN, GRAM 2.0, 14000 Caen, France

<sup>t</sup> Maladies Infectieuses, CHU, Hôpital Huriez, 59000 Lille, France

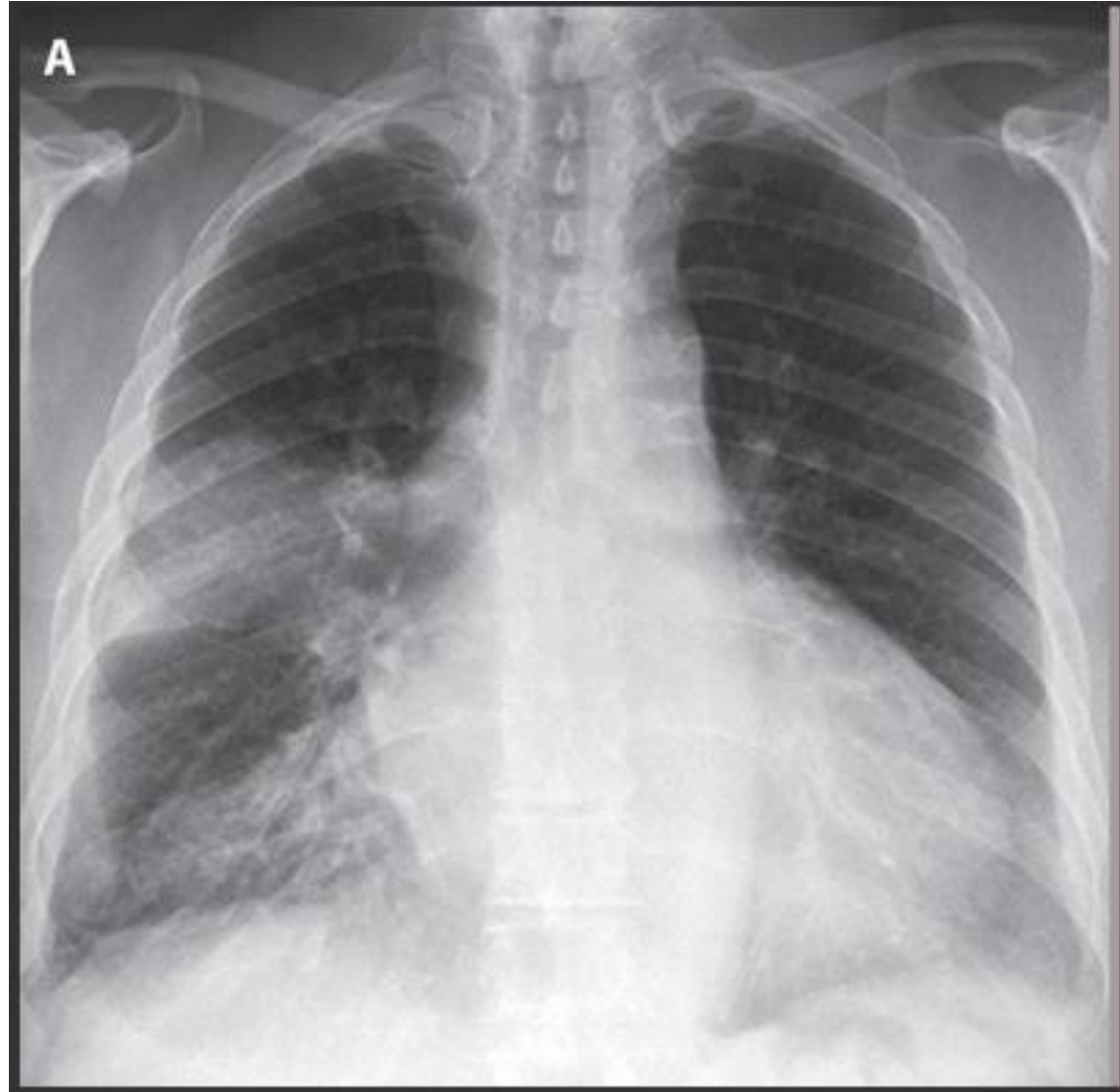
<sup>u</sup> Maladies Infectieuses, CHI, 78100 Saint-Germain-en-Laye, France

<sup>v</sup> Infectiologie, CHU Grenoble Alpes, 38043 Grenoble, France



# Cas 1

- Patient de 45 ans
- Aucun ATCD particulier, aucun traitement
- Tabagisme actif
- Toux fébrile depuis 24 heures avec asthénie
- Crépitants base droite



# Quel traitement choisissez-vous ?

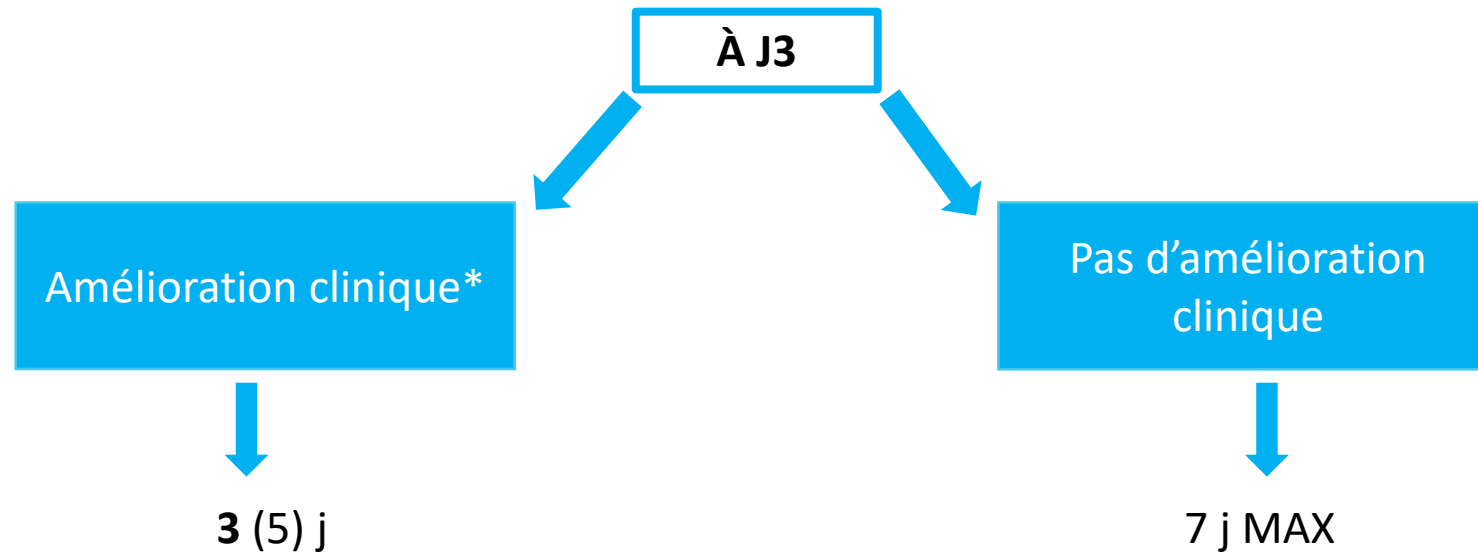
- 1) Amoxicilline 1g 3 fois par jour 3 j
- 2) Amoxicilline 1g 3 fois par jour 5 j
- 3) Amoxicilline 1g 3 fois par jour 7 j
- 4) Amoxicilline 1g 3 fois par jour 10 j
- 5) Amoxicilline-acide clavulanique 1g 3 fois par jour 7 j

# Quel traitement choisiriez-vous ?

- 1) Amoxicilline 1g 3 fois par jour 3 j
- 2) Amoxicilline 1g 3 fois par jour 5 j
- 3) Amoxicilline 1g 3 fois par jour 7 j
- 4) Amoxicilline 1g 3 fois par jour 10 j
- 5) Amoxicilline-acide clavulanique 1g 3 fois par jour 7 j

# Infections respiratoires

Pneumopathie communautaire (même si pleurésie)



Amélioration clinique : apyrexie et amélioration des signes vitaux ( $\Theta \leq 37^{\circ}8C$  pdt 48 h et  $\geq 3$  signes de stabilité de la PAC : PAS  $\geq 90$  mmHg, FC  $\leq 100$ /min, FR  $\leq 24$ /min, SaO<sub>2</sub>  $\geq 90$  %, PaO<sub>2</sub>  $\geq 60$  mmHg en air ambiant)

# Discontinuing $\beta$ -lactam treatment after 3 days for patients with community-acquired pneumonia in non-critical care wards (PTC): a double-blind, randomised, placebo-controlled, non-inferiority trial



Aurélien Dinh, Jacques Ropers, Clara Duran, Benjamin Davido, Laurène Deconinck, Morgan Matt, Olivia Senard, Aurore Lagrange, Sabrina Makhloufi,

- PAC modérément sévère répondant favorablement à J3 à **AAC** ou **C3G**
- 3j (n=145) vs 8j (n=146)
- Non infériorité démontrée sur la guérison à J15 en ITT : **77% (3J) vs 68% (8j)**

	Placebo group (n=152)	$\beta$ -lactam group (n=151)
Age, years	72.5 (54.0–85.3)	74.0 (58.0–83.0)
Sex		
Female	66 (43%)	57 (38%)
Male	86 (57%)	94 (62%)
Temperature, °C	38.8 (38.3–39.3)	38.7 (38.3–39.3)
Oxygen therapy	60 (39%)	59 (39%)
Comorbidities*	34 (22%)	39 (26%)
Liver disease	5 (3%)	2 (1%)
Heart failure	30 (20%)	33 (22%)
Cerebrovascular disease	13 (9%)	10 (7%)
Renal disease	13 (9%)	11 (7%)
Coronary insufficiency	24 (16%)	20 (13%)
Diabetes	24 (16%)	32 (21%)
Chronic obstructive pulmonary disease	31 (20%)	40 (26%)
At least two comorbidities	34 (22%)	39 (26%)
Active smoking	30 (20%)	25 (17%)

## Recommandations SPILF 2011 : pneumonie aiguë communautaire

Sujet sain sans signe de gravité	Choix antibiotique	Echec à 48-72h
Suspicion pneumocoque	Amoxicilline	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Macrolide</li> <li>- Hospitalisation si 2<sup>ème</sup> échec</li> </ul>
Doute entre pneumocoque et germe atypique	<p>Amoxicilline</p> <p>Ou pristinamycine</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pristinamycine dans les formes légères à modérées</li> <li>- Hospitalisation /réévaluation diagnostic et thérapeutique</li> </ul>
Suspicion germe atypique	Macrolide	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amoxicilline ou pristinamycine dans les formes légère à modérée</li> </ul>
Sujet avec comorbidités ou âgé sans signe de gravité	Choix antibiotique	Echec à 48-72h
	Amoxicilline + acide clavulanique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rajouter macrolide ou FAQP*</li> </ul>
	Ou C3G injectable	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rajouter macrolide ou FAQP*</li> </ul>
	Ou FQAP*	

\*Les FAQP non utilisées si traitement par FQ dans les 3 derniers mois et usage limité aux situations où aucune autre antibiothérapie appropriée n'est disponible

# Autres infections respiratoires

- **Légionellose** : 14 j (FQ) si AZM 5 j
- **Pleurésie para pneumonique non compliquée (que la plèvre soit ponctionnée ou pas)** : idem pneumonie
- **Pleurésie purulente** : 15 jours après la dernière évacuation pleurale si évolution favorable  
Si nouveau drainage ou ré intervention chirurgicale et décision d'antibiothérapie: durée 15 jours, à partir de la date de chirurgie ou drainage.
- **Pneumopathie aiguë communautaire en réanimation** : 7 j max
- **Pneumonies associées aux soins ou sous ventilation**: : 7 j **sauf** immunodéprimés et situations particulières (empyème, pneumonie nécrosante ou abcédée).
- **Exacerbation aiguë de BPCO**: 5 j



## Q2 : quelles sont les bonnes réponses ?

- 1 La durée de traitement d'une PNA simple est de 7 j
- 2 10 j suffisent pour traiter une PNA RDC
- 3 La cystite de l'homme n'existe pas
- 4 Une prostatite infectieuse se traite par FQ ou Bactrim 14 j
- 5 Le traitement antibiotique de référence d'une urétrite est Ceftriaxone 500 mg IM et doxycycline 100 mg 2 fois par jour pdt 7 j

## Q2 : quelles sont les bonnes réponses ?

- 1 La durée de traitement d'une PNA simple est de 7 j
- 2 10 j suffisent pour traiter une PNA RDC
- 3 La cystite de l'homme n'existe pas
- 4 Une prostatite infectieuse se traite par FQ ou Bactrim 14 j
- 5 Le traitement antibiotique de référence d'une urétrite est Ceftriaxone 500 mg IM et doxycycline 100 mg 2 fois par jour pdt 7 j

# Cystites

- Cystite **simple**:
  - fosfomycine trométamol : 1 j (dose unique)
  - pivmécillinam : 3 j
  - nitrofurantoïne : 3 j
  
- Cystite **à risque de complication**

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

**Traitement probabiliste** (adaptation secondaire systématique à l'antibiogramme)  
nitrofurantoïne<sup>1</sup>

**7 jours**

**Traitement adapté à l'antibiogramme**  
amoxicilline

**7 jours**

triméthoprime-sulfaméthoxazole

**5 j**

**! Les fluoroquinolones sont contre indiquées dans ce contexte**

# Autres tableaux cliniques

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

### **Traitement probabiliste en attendant l'antibiogramme**

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

**Jusqu'au résultat de  
l'antibiogramme**

### **Traitement de relais**

amoxicilline (à utiliser prioritairement sur souche sensible)  
Sinon désescalade pour la molécule active avec le spectre le plus étroit  
si fluoroquinolone ou bêta-lactamine injectable

**10 jours**

7 j

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

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

**10 jours**

## **IU masculine**

- prostatite : 14 j
- cystite (« cystitis-like ») : 7 j

JAMA | **Original Investigation**

## Effect of 7 vs 14 Days of Antibiotic Therapy on Resolution of Symptoms Among Afebrile Men With Urinary Tract Infection A Randomized Clinical Trial

Dimitri M. Drekonja, MD, MS; Barbara Trautner, MD, PhD; Carla Amundson, MA; Michael Kuskowski, PhD;  
James R. Johnson, MD

- 272 malades inclus. La majorité avaient des uropathies et/ou des antécédents d'IU dont prostatites. Les étiologies des IU étaient celles attendues dans cette population (*E. coli* 40%).
- Les patients devaient être des hommes ayant une infection urinaire (IU) symptomatique non fébrile traitée par ciprofloxacine ou SMX\_TMP.
- La résolution des symptômes a été obtenue à J14 chez
  - 122/131 (93.1%) dans le groupe 7 j
  - 111/123 (90.2%) dans le groupe 14 j
  - Non infériorité démontrée
- Une récurrence d'IU à J28 est survenue chez
  - 13/131 (9,9%) dans le groupe 7 j
  - 15/123 (12,9%) dans le groupe 14 j
  - Non infériorité démontrée

# Infections sexuellement transmissibles

## Urétrites et cervicites non compliquées

### Traitement antibiotique probabiliste associant

#### Traitement antigonococcique

ceftriaxone

Une seule injection

#### Traitement anti-*Chlamydiae*

doxycycline  
ou azithromycine

7 jours  
Dose unique

- Ceftriaxone IM 500 mg une dose + Doxycycline 100 mg x2/jour pendant 7 j (1<sup>er</sup> choix)

**OU**

- Ceftriaxone IM 500 mg une dose + Azithromycine 1g dose unique

### Syphilis précoce :

- Si benzathine benzyl pénicilline : 2,4 MUI en IM dose unique
- Si allergie : doxycycline : 200 mg/jour pendant 14 jours

## Q3 : Quelles sont les bonnes réponses pour les infections endovasculaires ?

- 1) la durée de traitement est de 7 j pour une bactériémie à BGN (entérobactéries)
- 2) La durée de traitement est de 21 j pour une bactériémie à *E. faecalis*
- 3) La durée de traitement est de 10 j pour une bactériémie à *P. aeruginosa*
- 4) La durée de traitement est de 14 j pour une bactériémie à *S. aureus* et *S. lugdnunensis*
- 5) La durée de traitement de l'endocardite sur valve native est de 4 semaines quel que soit la bactérie

## Q3 : quelles sont les bonnes réponses pour les infections endovasculaires ?

- 1) la durée de traitement est de 7 j pour une bactériémie à BGN (entérobactéries)
- 2) La durée de traitement est de 21 j pour une bactériémie à *E. faecalis*
- 3) La durée de traitement est de 10 j pour une bactériémie à *P. aeruginosa*
- 4) La durée de traitement est de 14 j pour une bactériémie à *S. aureus* et *S. lugdnunensis*
- 5) La durée de traitement de l'endocardite sur valve native est de 4 semaines quel que soit la bactérie



# Bactériémie non compliquée

## Uncomplicated primary bacteremias:

- Gram-negative bacilli (including enterobacteria and non-fermenting GNB), streptococci, enterococci: 7 days
- *Staphylococcus aureus* and *Staphylococcus lugdunensis*: 14 days

- Littérature robuste pour SAMS : 14 j non inférieurs à  $\geq 14$  j
  - Place du score VIRSTA

### Score VIRSTA

Antécédents médicaux	<input type="checkbox"/> Prothèse valvulaire ou autre dispositif implantable ou antécédent d'endocardite infectieuse
	<input type="checkbox"/> Valvulopathie native
	<input type="checkbox"/> Usage de drogue injectable
Au début de la bactériémie	<input type="checkbox"/> Atteinte communautaire ou liée aux soins non nosocomiale
	<input type="checkbox"/> CRP > 190 mg/L
Evènement cardiaque dans les 48h suivant la bactériémie	<input type="checkbox"/> Embole (occlusion artérielle) cérébral ou périphérique
	<input type="checkbox"/> Méningite
	<input type="checkbox"/> Persistance de Bactériémie > 48h
	<input type="checkbox"/> Spondylodiscite
	<input type="checkbox"/> Sepsis grave ou choc septique
Total	<input type="text" value="0.00"/>

Le risque d'endocardite est à 1.1% avec un score VIRSTA inférieur ou égal à 2. Un score supérieur ou égal à 3 correspond à un risque de 17.4%, ce qui motive une échocardiographie en urgence en cas de bactériémie à *S. aureus*

# Bactériémie non compliquée

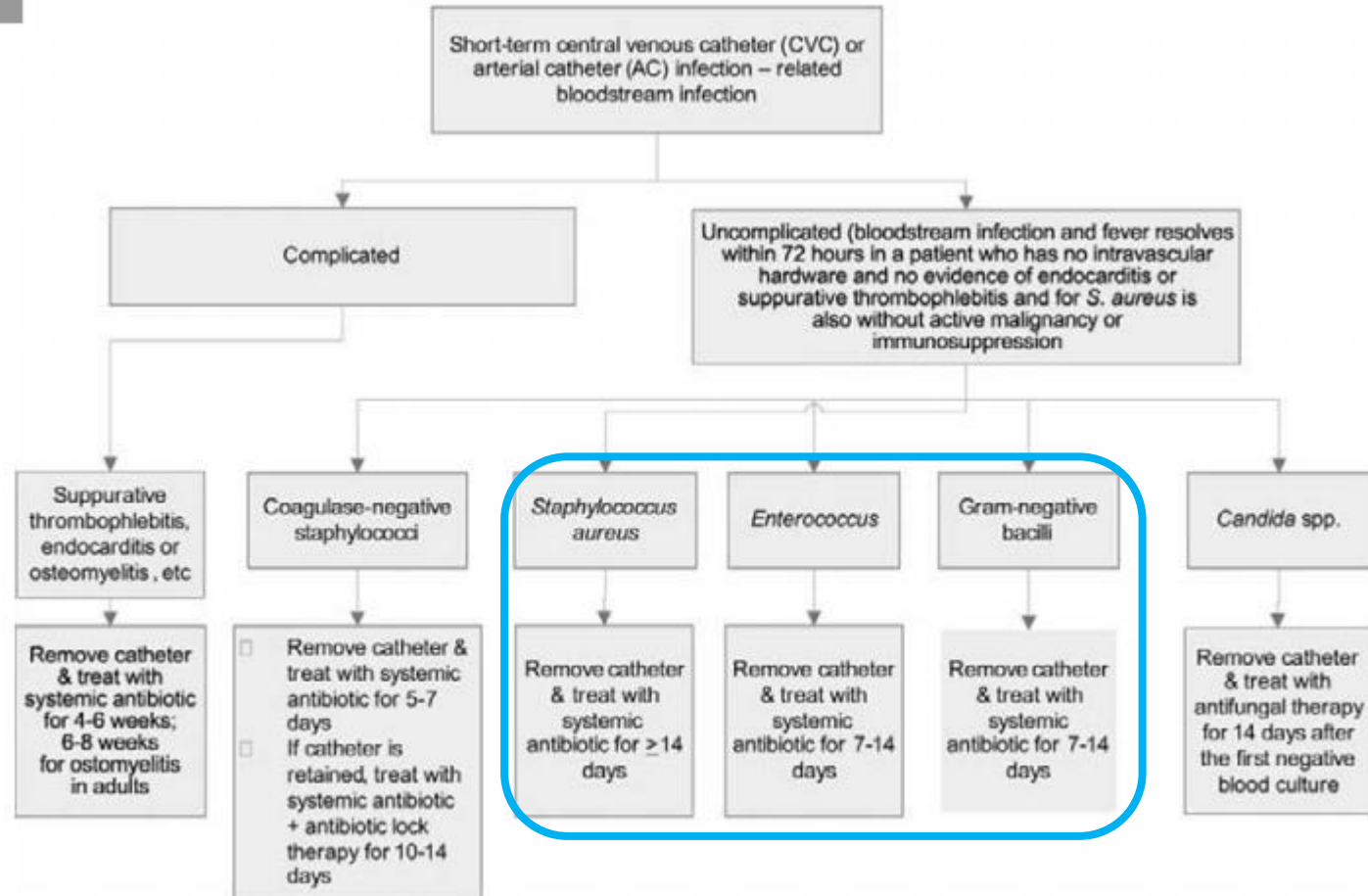
## **Uncomplicated primary bacteremias:**

- Gram-negative bacilli (including enterobacteria and non-fermenting GNB), streptococci, enterococci: 7 days
- *Staphylococcus aureus* and *Staphylococcus lugdunensis*: 14 days

- Littérature + limitée pour streptocoque et entérocoque...
  - Durées calquées sur les recommandations IDSA 2009 infection de cathéter
  - Rester sur les durées antérieures ? (14 jours)

# Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Intravascular Catheter-Related Infection: 2009 Update by the Infectious Diseases Society of America

## IDSA GUIDELINES



# Endocardite infectieuse

Pathogène	Valve native	Valve prothétique
<b>Strepto (CMI pénicG ≤ 0,125 mg/L)</b>	<b>2 sem</b> (pénicG/A/C3G + genta) <b>4 sem</b> (pénicG/A/C3G ou vanco seule)	<b>6 sem</b> (pénicG/A/C3G)
<b>Strepto (CMI &gt; 0,125 mg/L)</b>	<b>4 sem</b> (pénicG/A/C3G/vanco + genta) 2+2	<b>6 sem</b> (pénicG/A/C3G/vanco + genta)
<b>Entérocoque</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>4 sem</b> (amox+genta 2) + 2</li> <li><b>6 sem</b> (amox+C3G ou vanco + genta)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>6 sem</b> amox+genta 2 sem + 4</li> <li><b>6 sem</b> amox+C3G</li> </ul>
<b><i>S. aureus</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>4 sem</b> monottt</li> </ul>	<b>6 sem</b> 2 sem (triple dont rifam + genta) + 4 sem (rifam)

## Q4 : Quelles sont les bonnes durées ?

- 1) Arthrite septique à SAMS 6 sem
- 2) Arthrite septique à streptocoque 3 sem
- 3) Spondylodiscite infectieuse sans matériel 6 sem
- 4) Infection ostéoarticulaire sur PTG traitée par DAIR 12 sem
- 5) Infection ostéoarticulaire sur PTG traitée par R1T 6 sem

## Q4 : Quelles sont les bonnes durées ?

- 1) Arthrite septique à SAMS 6 sem
- 2) Arthrite septique à streptocoque 3 sem
- 3) Spondylodiscite infectieuse sans matériel 6 sem
- 4) Infection ostéoarticulaire sur PTG traitée par DAIR 12 sem
- 5) Infection ostéoarticulaire sur PTG traitée par R1T 6 sem

# Arthrites et spondylodiscites

- **Arthrites natives:**

- *S. aureus* : 6 semaines
- *Streptococcus spp* : 4 semaines
- *N. gonorrhoeae* : 7 jours
- Arthrite septique évoluant depuis moins de 4 semaines par inoculation directe des petites articulations de la main après un lavage chirurgical adéquat : 14 jours.

- Spondylodiscites sans matériel: 6 semaines

Recommandations et méta-analyses

## Recommandations françaises 2020 sur la prise en charge des arthrites septiques sur articulation native de l'adulte<sup>☆</sup>

Marion Couderc<sup>a,1</sup>, Géraldine Bart<sup>b,r,1</sup>, Guillaume Coiffier<sup>b,\*,r</sup>, Sophie Godot<sup>c,s</sup>,  
Raphaelle Seror<sup>d</sup>, Jean-Marc Ziza<sup>c,s</sup>, Pascal Coquerelle<sup>e</sup>, Christelle Darrieutort-Laffite<sup>f</sup>,  
Christian Lormeau<sup>g</sup>, Carine Salliot<sup>h</sup>, Eric Veillard<sup>i</sup>, Louis Bernard<sup>j,r</sup>, Marion Baldeyrou<sup>k,r</sup>,  
Thomas Bauer<sup>l,s</sup>, Beate Hyem<sup>m,s</sup>, Robert Toutilou<sup>n</sup>, Bernard Fouquet<sup>o</sup>, Denis Mulleman<sup>p</sup>,  
René-Marc Flipo<sup>q</sup>, Pascal Guggenbuhl<sup>b,r</sup>, Groupe de travail sur les infections  
ostéo-articulaires de la Société française de rhumatologie

Arthrite septique à pyogènes : 4 - 6 sem

Arthrite à gonocoque : 7 j

→ Étude nationale **SHASAR** en cours 3 sem vs 6 sem  
(fin des inclusions 2023)



---

# Antibiotic treatment for 6 weeks versus 12 weeks in patients with pyogenic vertebral osteomyelitis: an open-label, non-inferiority, randomised, controlled trial



2015

→ 6 sem

*Louis Bernard, Aurélien Dinh, Idir Ghout, David Simo, Valerie Zeller, Bertrand Issartel, Vincent Le Moing, Nadia Belmatoug, Philippe Lesprit, Jean-Pierre Bru, Audrey Therby, Damien Bouhour, Eric Dénes, Alexa Debard, Catherine Chirouze, Karine Fèvre, Michel Dupon, Philippe Aegerter, Denis Mulleman, on behalf of the Duration of Treatment for Spondylodiscitis (DTS) study group\**

# Antibiotic treatment for 6 weeks versus 12 weeks in patients with pyogenic vertebral osteomyelitis: an open-label, non-inferiority, randomised, controlled trial



2015

→ 6 sem

*Louis Bernard, Aurélien Dinh, Idir Ghout, David Simo, Valerie Zeller, Bertrand Issartel, Vincent Le Moing, Nadia Belmatoug, Philippe Lesprit, Jean-Pierre Bru, Audrey Therby, Damien Bouhour, Eric Dénes, Alexa Debard, Catherine Chirouze, Karine Fèvre, Michel Dupon, Philippe Aegerter, Denis Mulleman, on behalf of the Duration of Treatment for Spondylodiscitis (DTS) study group\**

*Clinical Infectious Diseases*

MAJOR ARTICLE



2016

## Optimal Duration of Antibiotic Therapy in Patients With Hematogenous Vertebral Osteomyelitis at Low Risk and High Risk of Recurrence

**Ki-Ho Park,<sup>1</sup> Oh-Hyun Cho,<sup>2</sup> Jung Hee Lee,<sup>3</sup> Ji Seon Park,<sup>4</sup> Kyung Nam Ryu,<sup>4</sup> Seong Yeon Park,<sup>5</sup> Yu-Mi Lee,<sup>6</sup> Yong Pil Chong,<sup>7</sup> Sung-Han Kim,<sup>7</sup> Sang-Oh Lee,<sup>7</sup> Sang-Ho Choi,<sup>7</sup> In-Gyu Bae,<sup>2</sup> Yang Soo Kim,<sup>7</sup> Jun Hee Woo,<sup>7</sup> and Mi Suk Lee<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Division of Infectious Diseases, Department of Internal Medicine, Kyung Hee University Hospital, Kyung Hee University School of Medicine, Seoul, <sup>2</sup>Department of Internal Medicine, Gyeongsang National University School of Medicine, Jinju, <sup>3</sup>Department of Orthopaedic Surgery, Kyung Hee University School of Medicine, and <sup>4</sup>Department of Radiology, Kyung Hee University Hospital, Kyung Hee University School of Medicine, Seoul, <sup>5</sup>Division of Infectious Diseases, Department of Internal Medicine, Dongguk University Ilsan Hospital, University of Dongguk College of Medicine, Goyang-si, <sup>6</sup>Department of Infectious Diseases, Busan Paik Hospital, Inje University College of Medicine, and <sup>7</sup>Department of Infectious Diseases, Asan Medical Center, University of Ulsan College of Medicine, Seoul, Republic of Korea

**Facteurs de risque d'échec :**

- SARM
- Collection non drainée
- IRC terminale

**Groupe à haut risque : durée (≥8 sem) + longue associée à un meilleur outcome**

# Antibiotic treatment for 6 weeks versus 12 weeks in patients with pyogenic vertebral osteomyelitis: an open-label, non-inferiority, randomised, controlled trial



2015

→ 6 sem

*Louis Bernard, Aurélien Dinh, Idir Ghout, David Simo, Valerie Zeller, Bertrand Issartel, Vincent Le Moing, Nadia Belmatoug, Philippe Lesprit, Jean-Pierre Bru, Audrey Therby, Damien Bouhour, Eric Dénes, Alexa Debard, Catherine Chirouze, Karine Fèvre, Michel Dupon, Philippe Aegerter, Denis Mulleman, on behalf of the Duration of Treatment for Spondylodiscitis (DTS) study group\**

*Clinical Infectious Diseases*

MAJOR ARTICLE



2016

## Optimal Duration of Antibiotic Therapy in Patients With Hematogenous Vertebral Osteomyelitis at Low Risk and High Risk of Recurrence

**Ki-Ho Park,<sup>1</sup> Oh-Hyun Cho,<sup>2</sup> Jung Hee Lee,<sup>3</sup> Ji Seon Park,<sup>4</sup> Kyung Nam Ryu,<sup>4</sup> Seong Yeon Park,<sup>5</sup> Yu-Mi Lee,<sup>6</sup> Yong Pil Chong,<sup>7</sup> Sung-Han Kim,<sup>7</sup> Sang-Oh Lee,<sup>7</sup> Sang-Ho Choi,<sup>7</sup> In-Gyu Bae,<sup>2</sup> Yang Soo Kim,<sup>7</sup> Jun Hee Woo,<sup>7</sup> and Mi Suk Lee<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Division of Infectious Diseases, Department of Internal Medicine, Kyung Hee University Hospital, Kyung Hee University School of Medicine, Seoul, <sup>2</sup>Department of Internal Medicine, Gyeongsang National University School of Medicine, Jinju, <sup>3</sup>Department of Orthopaedic Surgery, Kyung Hee University School of Medicine, and <sup>4</sup>Department of Radiology, Kyung Hee University Hospital, Kyung Hee University School of Medicine, Seoul, <sup>5</sup>Division of Infectious Diseases, Department of Internal Medicine, Dongguk University Ilsan Hospital, University of Dongguk College of Medicine, Goyang-si, <sup>6</sup>Department of Infectious Diseases, Busan Paik Hospital, Inje University College of Medicine, and <sup>7</sup>Department of Infectious Diseases, Asan Medical Center, University of Ulsan College of Medicine, Seoul, Republic of Korea

**Facteurs de risque d'échec :**

- SARM
- Collection non drainée
- IRC terminale

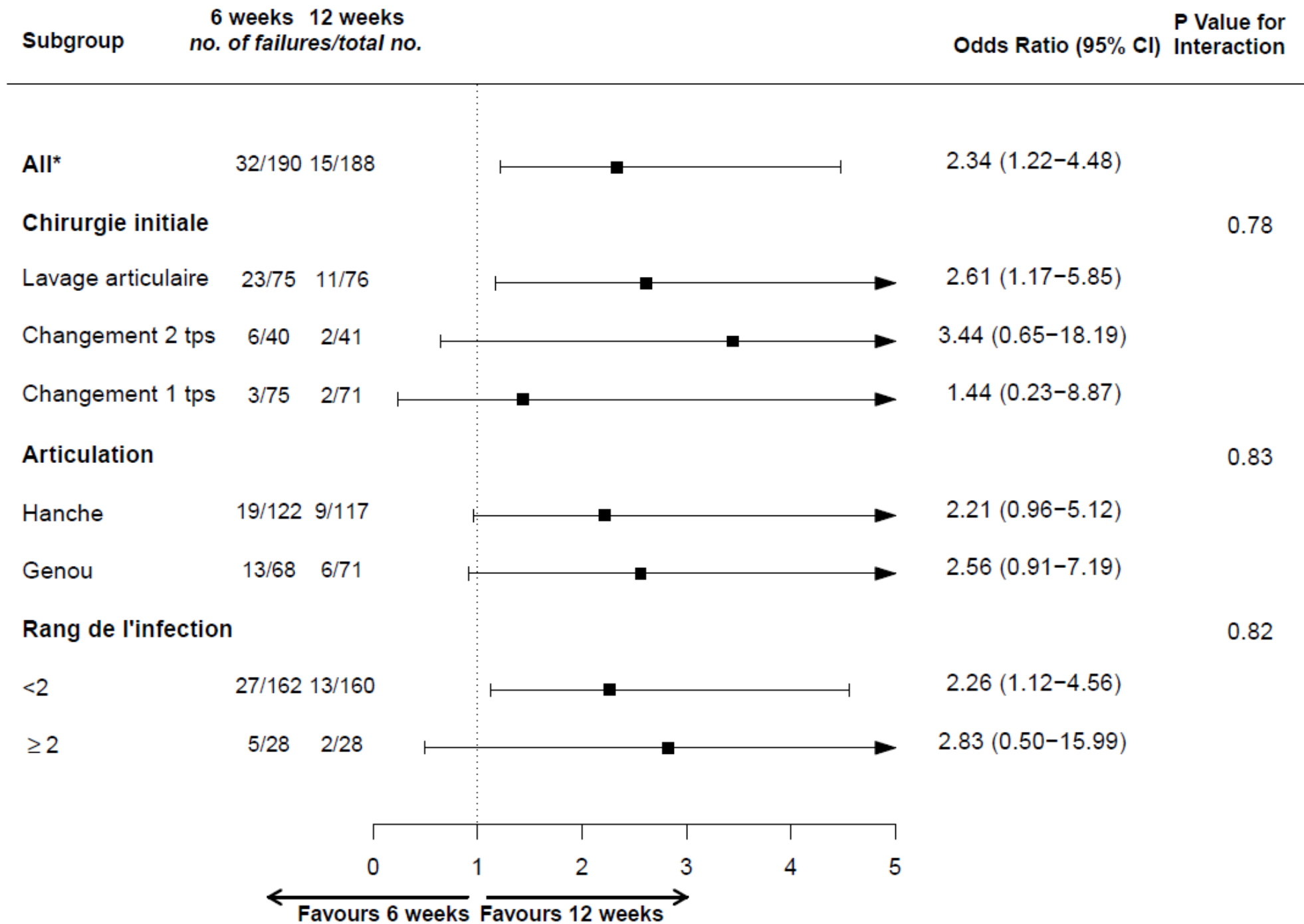
**Groupe à haut risque :  
durée + longue (≥8 sem)  
associée à un meilleur  
outcome**

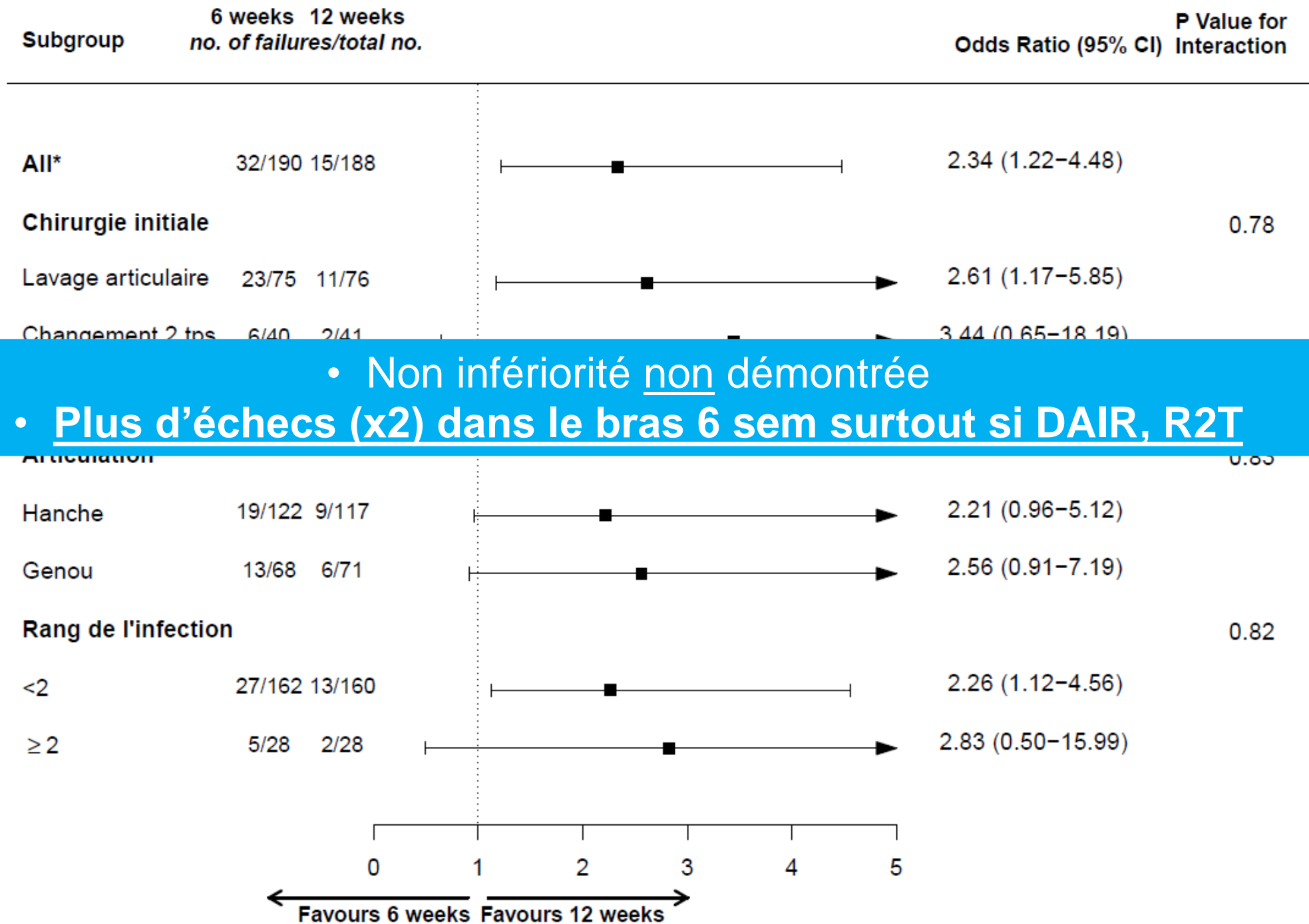
→ **Recommandations actuelles : 6 semaines (refus de baisser à 4 semaines ++)**

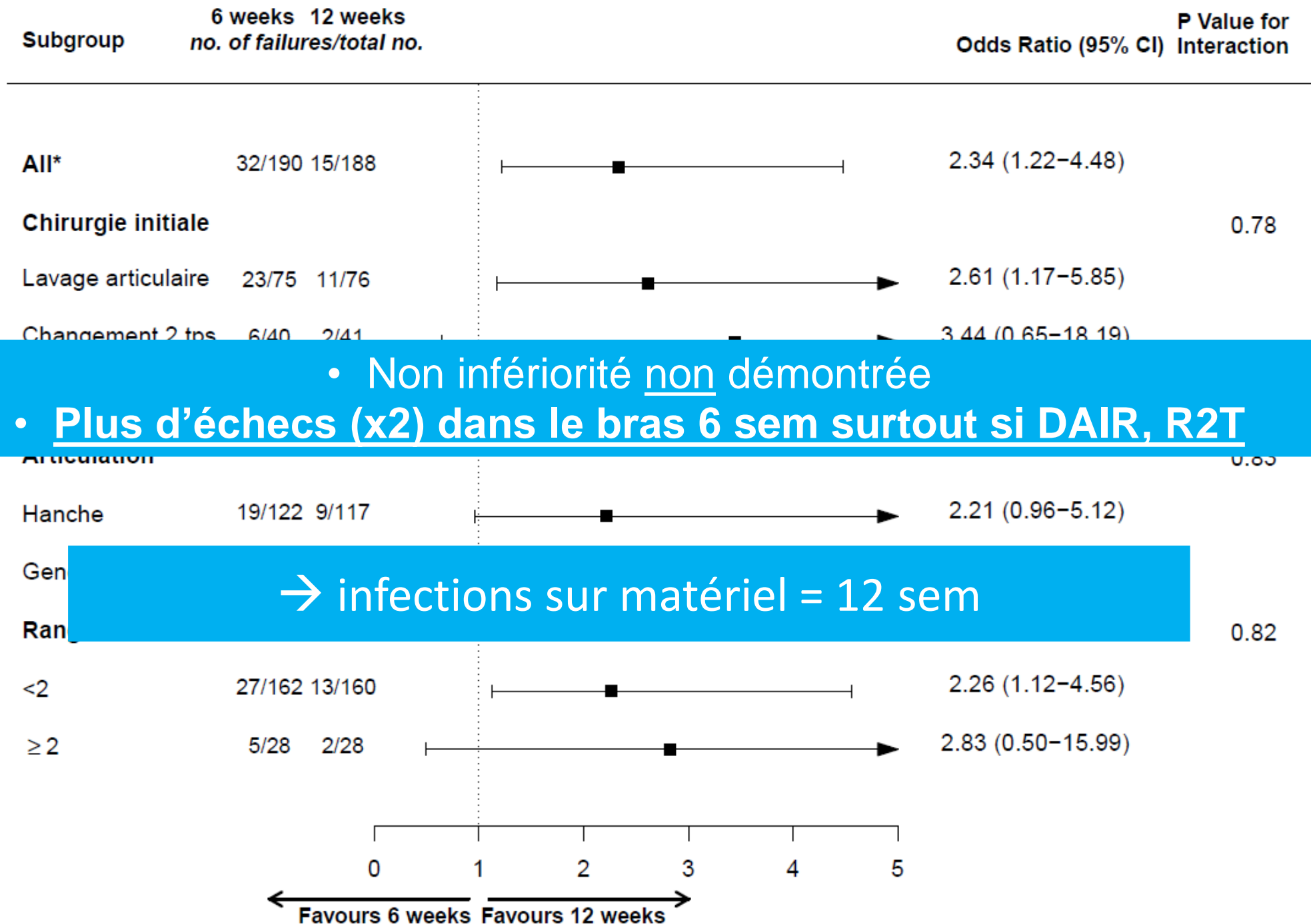
# DATIPO

- Essai randomisé 28 centres français :
  - IOAC sur matériel
- Nov 2011 – janv 2015
- Durée du traitement antibiotique  
6 sem vs 12 sem ?
- 410 patients randomisés

	6 S (n=203)	12 S (n=201)
Hanche	129 (63,5)	126 (62,7)
Genou	74 (36,5)	75 (37,3)
BMI, kg/m <sup>2</sup>	29,9 (5,8)	29,9 (6,2)
Obésité	91 (47,4)	78 (41,9)
ASA>2 score	51 (28,7)	60 (33,5)







# Conclusion

- Utilisation raisonnée des ATB
  - ↓ durée
  - ttt différé (cystite)
  - abstention ttt
    - infections virales
    - colonisations
    - lymphangites de stade (≠ DHBNN)



 l'Assurance  
Maladie

- **Fiches HAS 2019-2021** → recommandations récentes pour infections fréquentes (médecine de ville ++)

  
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



# Liens utiles

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-08/reco360\\_synthese\\_durees\\_antibiotherapies\\_coi\\_2021\\_07\\_15\\_v2.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-08/reco360_synthese_durees_antibiotherapies_coi_2021_07_15_v2.pdf)

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-03/fiche\\_de\\_synthese\\_infections\\_cutanees\\_mel.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-03/fiche_de_synthese_infections_cutanees_mel.pdf)

- [www.infectiologie.com](http://www.infectiologie.com)

<https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/spilf/atb/info-antibio/info-antibio-2021-05-tt-courts.pdf>

- [www.antibioclic.fr](http://www.antibioclic.fr)

- Pour les usagers : <https://www.sante.fr/antibiomalin>





Merci de votre attention