

**GUIDE D'ANTIBIOTHÉRAPIE DU CSSSNL :  
TISSUS MOUS**

**Table des matières**

<a href="#">Morsure</a>	<a href="#">Cellulite / bursite</a>	<a href="#">Pied diabétique</a>
<a href="#">Références</a>	<a href="#">Révision</a>	

**Principes de bases**

- La sévérité de l'infection est évaluée selon le jugement clinique et elle guide le choix de la voie d'administration de l'antibiothérapie.
- Signes d'alarmes

Général	Atteinte orbitaire suspectée
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atteinte de l'état général, fièvre persistante</li> <li>- Atteinte hémodynamique</li> <li>- Enfant de moins de 3 mois</li> <li>- Douleur disproportionnée par rapport aux signes cliniques</li> <li>- Vésicules à contenu hémorragiques</li> <li>- Signes de dyspnée ou de dysphagie dans contexte de cellulite cervico-faciale</li> <li>- Œdème et érythème important du pavillon de l'oreille</li> <li>- Atteinte articulaire suspectée</li> <li>- Suspicion d'ostéomyélite</li> <li>- Échec après 72 hrs de traitement antibiotique</li> <li>- Immunosupprimé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fièvre</li> <li>- Douleur importante</li> <li>- Mouvement extraoculaires limités ou douloureux</li> <li>- Difficulté ou impossibilité d'ouvrir l'œil</li> <li>- Chemosis</li> <li>- Proptose</li> <li>- Trouble de vision</li> </ul>

- En présence d'abcès, l'incision et le drainage et la culture sont essentiels au traitement optimal du patient.

**Morsure**

Syndrome	Agents habituels	Bilan	Tx initial avant résultat de culture		Commentaires
			Adulte	Enfant	
Humaine Chien Chat	<i>Staph. aureus</i> , <i>Streptococcus</i> , <i>Eikenella</i> <i>corrodens</i> , <i>Pasteurella</i> <i>multocida</i> , Anaérobies, Entérobactéries	Culture de surface si écoulement,  RX de la main si <i>clench-fist</i> .	<b>Prophylaxie :</b> Amoxicilline / a. clavulanique 875 mg po BID X 3-5 jours  <b>Indications de prophylaxie :</b> Tous les cas de morsure de chat.  Dans le cas de morsure de chien 1) immunosuppression 2) asplénie 3) blessure modérée à sévère 4) blessure main, organes génitaux, visage 5) blessure avec pénétration périoste ou capsule articulaire.  <b>Traitement:7-10jrs</b> Amoxicilline / a. clavulanique po ou Ceftriaxone 2 g IV q 24h + flagyl 500 mg PO TID	<b>Prophylaxie :</b> Amoxicilline / a. clavulanique 50 mg/kg/jour div TID X 5 jours  <b>Traitement :</b> Amoxicilline / a. clavulanique po Ou Ceftriaxone IV+ flagyl PO	Déclarer la morsure à la santé publique  <b>Alternative (surligner pour voir)</b> Chez l'adulte allergique aux Beta-lactames : Prophylaxie doxycycline  <b>Traitement :</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">ertapenem IV ou doxycycline ou TMP-SMX PO + clinda PO</div> Chez l'enfant allergique à la pénicilline :  <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">TMP-SMX PO + clinda PO  ou Doxycycline (si enfant ≥ 8 ans)</div>

			<p><b>N.B.</b> Débridement + irrigation NaCl; vaccin D<sub>2</sub>T<sub>5</sub>, vaccin antirabique PRN. Passer à p.o. après 48 h sans fièvre et bonne réponse clinique.</p>	<p>Si morsure humaine, considérer prophylaxie hépatite B +/- VIH</p> <p>Durée 5-6 jours</p>
--	--	--	--	---

## Cellulite / bursite

Syndrome	Agents habituels	Bilan	Tx initial avant résultat de culture		Commentaires
			Adulte	Enfant	
Faciale, péri-orbitaire et orbitaire	<i>H. influenzae</i> , <i>Strept A</i> , <i>Staph. aureus</i> , Anaérobies	Examen neurologique + ORLO, hémoculture X 2, Panorex si origine dentaire suspectée, Consultation ophtalmo et scan si atteinte orbitaire suspectée (proptose, anomalie des mvts oculaires)	<p>Si peu sévère, clavulin 875mg po bid</p> <p>Ceftriaxone IV 2g q 24h Ajouter metronidazole 500 mg po q 8h si origine dentaire ou implication intracrânienne</p> <p><b>Si porte d'entrée cutanée :</b> Céfazoline</p>	<p>Si peu sévère, clavulin 90 mg/kg/jour div q 12h</p> <p>Ceftriaxone IV 50-100 mg/kg q24h Ajouter metronidazole 30 mg/kg/jour div q 6h si origine dentaire ou implication intracrânienne</p> <p><b>Si porte d'entrée cutanée :</b> Céfazoline</p>	<p>Hospitalisation ou observation nécessaire au début du traitement</p> <p><b>Alternative si allergie à la ceftriaxone :</b> Vancomycine + levofloxacin +/-metronidazole</p> <p>Durée 5-7 jours si cellulite périorbitaire légère à modérée.</p> <p>Durée 14-21 jours pour cellulite périorbitaire sévère ou cellulite orbitaire.</p>
Autres sites et bursite NON sévère	<i>Staph. aureus</i> , <i>Strept A</i> ; plus rare : Entérobactéries	<p>Si T° : hémoculture X 2, Si bursite : culture par ponction/aspiration Si membre inférieur atteint, rechercher <i>Tinea pedis</i> (90 %)</p> <p><b>Critères : Thérapie I.V. à l'hôpital</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instabilité hémodynamique.</li> <li>• T° &gt; 39°.</li> <li>• Immunosuppression.</li> <li>• Infection osseuse ou articulaire non éliminée.</li> <li>• Thrombophlébite ou syndrome de compartiment suspectés.</li> <li>• Suspicion d'infection invasive à <i>Strep A</i>.</li> </ul> <p><b>Thérapie I.V. à domicile</b> Selon l'avis du microbiologiste.</p> <p><b>Lorsqu'un traitement IV est débuté, un passage PO peut être considéré quand :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Résolution de fièvre depuis 24-48 hrs</li> </ul>	<p>Céfazoline 2g IV q 8h (ajout probenecid pré-céfazoline si horaire défavorable) OU Céfadroxil 1g po q 12h</p>	<p>Céfazoline IV 50-100 mg/kg/24h div q 8h OU Céphalexine po 50-100 mg/kg/24h div q 8h OU Céfadroxil po 30 mg/kg/24h div q 12h</p>	<p><b>Alternatives si allergie à la céfazoline :</b> Clindamycine OU TMP-SMX po</p> <p>Traiter le <i>Tinea pedis</i> si présent</p> <p>Traiter la stase veineuse si présente (compression, élévation)</p> <p>Durée 5-6 jours en générale suffisante, réserver tx plus long à réponse lente (nécessite réévaluation)</p> <p>Une légère progression de la rougeur peut être observée dans les premières 48 hrs de traitement.</p>

Syndrome	Agents habituels	Bilan	Tx initial avant résultat de culture		Commentaires
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stabilité ou diminution de l'érythème</li> <li>- PO toléré.</li> </ul>			
Cellulite avec suspicion de SARM-AC (acquis en communauté)		Suspecter SARM-AC lorsque présence d'abcès et facteurs de risques : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infection/colonisation antérieure (chez le patient ou sa famille)</li> <li>- Furunculose ou abcès à répétition</li> <li>- Appartenance à une communauté autochtone</li> <li>- Incarcération/milieu de vie fermé</li> </ul> En cas d'abcès : drainage et culture	<b>Traitement PO :</b> Doxycycline 100 mg PO BID  Minocycline 100 mg PO BID  Septra DS 1-2 CO PO BID  <b>Traitement IV :</b> Vancomycine	<b>Traitement PO :</b> Septra Doxycycline (si enfant ≥ 8 ans)  <b>Traitement IV :</b> Vancomycine	<b>Durée de traitement :</b> 5-6 jours  À noter qu'étant donné le taux de R d'environ 20% au Qc pour les SARM-AC; l'utilisation de clindamycine pourrait être une option si la souche du patient est rapportée sensible à la clindamycine.
Cellulite nécrosante (phlyctènes, tissus décolorés ou ecchymotiques, pt toxique)	Strep groupe A <i>Staph aureus</i> , <i>Clostridium</i> , entérobactéries	Hémoculture X 2, RX du membre CPK Consultation en microbiologie Consultation en chirurgie	Tazocin 3g IV q 6h ⊕ Clinda 900mg IV q 8h		Si patient immunosupprimé ou contexte nosocomial : Tazocin 4,5g IV q 6h + Clinda 900mg IV q 8h Réduire spectre selon les cultures

### Pied diabétique surinfecté

Syndrome	Agents habituels	Bilan	Tx initial avant résultat de culture	Alternative (surligner pour voir)	Commentaires
Diabète avec mal perforant, insuffisance vasculaire des extrémités et visiblement surinfecté (cellulite, fièvre, purulence nouvelle)	Flore polymicrobienne dont <i>Staph. aureus</i> , <i>Proteus</i> , <i>Enterococcus</i> , Anaérobies, etc	Hémocultures X2 si fièvre, RX, carto Tc-gallium, culture de surface mitigée; éliminer ostéite; <b>culture de débridement chirurgical est le plus important;</b> FSC, CRP	Amoxicilline / clavulanate* 875 mg po bid  Ou (si IV nécessaire) Amoxicilline-clavulanate 2 g IV q 8h  *Débuter antibiothérapie <b>après</b> débridement/culture si possible.	Ertapenem IV (si allergie pénicillinique sévère) OU Clindamycine ⊕ Ciprofloxacine	Si cellulite simple sans ischémie ou sur plaie récente : traiter comme non-diabétique  Durée 10 jours post-débridement si pas d'ostéite.

### Références

- ◆ «Pediatrics Clinics of North America, vol 52(3), juin 2005
- ◆ «Diagnosis and Treatment of Diabetic Foot Infections», IDSA Guidelines, 2012
- ◆ «Guide d'usage optimal, Cellulite infectieuse chez l'adulte et l'enfant», octobre 2017, INESSS
- ◆ Réunion du comité d'utilisation optimale des antibiotiques du 6 février 2018
- ◆ Hepburn MJ, Dooley DP, Skidmore PJ, Ellis MW, Starnes WF, Hasewinkle WC. Comparison of short-course (5 days) and standard (10 days) treatment for uncomplicated cellulitis. Arch Intern Med. 2004 Aug 9-23;164(15):1669-74. doi: 10.1001/archinte.164.15.1669. PMID: 15302637.
- ◆ Pham T-T, Gariani K, Richard J-C, et al. Moderate to Severe Soft Tissue Diabetic Foot Infections: A Randomized, Controlled, Pilot Trial of Post-Debridement Antibiotic Treatment for 10 versus 20 days. Annals of Surgery 2022. ePub.
- ◆ Danishyar A, Sergeant SR. Orbital Cellulitis. 2023 Aug 8. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. PMID: 29939678.

Comité d'usage optimal des antibiotiques, regroupant des microbiologistes-infectiologues, des pharmaciens et des médecins de diverses spécialités

Révisé le 2001-09-27 MC6 | 2007-06-19 MC6,YK | 2007-10-15 MC6 | 2014-02-06 ALL,MC6 | 2017-03-23 ALL | 2017-06-12 ALL | 2018-01-16 SB | 2023-05-11 ALL | 2024-03-26 ALL