

Info-antibio N°107: Décembre 2025 v1 : 25/12/25

Lettre d'information sur les antibiotiques accessible par abonnement gratuit sur www.infectiologie.com et sur ce [lien](#)

Moins prescrire d'antibiotiques, c'est préserver leur efficacité

Le bon usage des antibiotiques limite le développement des résistances et préserve l'efficacité des antibiotiques

Durées d'antibiothérapies des infections courantes, non compliquées, en évolution favorable:

Recommandations SPILF/GPIP : sources (recommandations, [diaporamas du groupe recommandations](#)) : dans chaque sous chapitre

Vérifiez à chaque utilisation que ces recommandations n'ont pas été actualisées [en cliquant ICI](#)

Infections respiratoires

Pneumonie aigue communautaire :

Si amélioration clinique à J3 : **3J**

Si amélioration clinique entre J3 et J5 : **5J**

Si autre cas ou PAC hospitalisée en réanimation : **7J**

Pneumonie d'inhalation :

5J si stable à J5, **7J** sinon

Coqueluche / Mycoplasme

selon macrolide : **3J** (azithro), **7J** (clarithro)

Autres infections respiratoires basses

Pneumonie associée aux soins ou PAVM (sauf immuno-, empyème, abcès) : **7J**

Pleurésie purulente, après dernier drainage : **14J**

Exacerbations de BPCO (si GOLD III ou IV) : **5J**

Infections ORL

Otite moyenne aiguë : **5J** (sauf enfant ≤ 2 ans : **10J**)

Angine à SGA : amox **6J** / allergies : cefpodoxime **5J** ou clarithro **5J**

Sinusite maxillaire : 1^{er} choix amox **7J** / C2-C3G PO **5J** / pristinamycine **4J** - Enfant **10J** – Sinusite non maxillaire ou dentaire : amox clav **7J** / C2-C3G PO **5J** / FQ **5J** (sinusite maxillaire et otite non grave >2ans, abstention ATB possible)

Infections cervicales

Adénite : **7J** (enfant : **10J**)

Abcès péri-amygdalien, péripharyngé ou rétropharyngé : **7J** si drainé, **10J** sinon (enfant **10J**/abcès péri-amygdalien, **15J** autres zones)

Adénite aiguë suppurée grave, cellulite, médiastinite nécrosante descendante : **14J** post-chirurgie

Pied diabétique

Ostéite sans amputation : **6 sem**

Ostéite de tranche de section d'amputation : **3 sem**

Amputation complète sans infection peau/tissus mous : **5J** post op

Amputation complète avec infection peau/tissus mous : **7J** post op (**14J** si pas d'amélioration significative à J7)

Arthrites septiques, spondylodiscites et bursites

Arthrite : **6 sem** (*S. aureus*, entérobactérie), **4 sem** (strepto), **7J** (gonocoque)

Arthrite de la main, post inoculation, récente (< 4 sem) : **14J** post lavage chir

Spondylodiscite sans matériel ou avec matériel lavé/chargé : **6 sem**

Spondylodiscite sur matériel non lavé/non changé : avis expert

Bursites : **14J** (en moyenne)

Infections urinaires (femme et homme)

Cystite aiguë simple (femme) : fosfomycine trométamol **1 dose unique**, pivmécillinam ou nitrofurantoïne **3J**

Cystite aiguë à risque de complications ou associée aux soins : fosfomycine trométamol **J1-J3-J5**, cotrimoxazole **5J**, autre molécule **7J**

Cystite de l'homme : fosfomycine trométamol **J1-J3-J5**, autre molécule **7J**

Pyélonéphrite aiguë (grave ou non) quel que soit le genre

Simple : fluoroquinolone ou β-lactamine inj **7J** (**5J** si aminoside seul), autre **10J**

A risque de complication ou associée aux soins : **10J** si évolution rapidement favorable. Si évolution défavorable ou abcès : avis d'expert

Prostatite : **14J**

Epididymite/orchite aiguë : **10J**

Infections génitales hautes et infections sexuellement transmises

Vaginose bactérienne : **7J**

Urétrite et cervicité : ceftriaxone **dose unique**+ doxycycline **7J**

Syphilis précoce : benzathine benzyl pénicilline : **1 seule dose** (allergie: doxy **14J**)

Infection génitale haute non compliquée : ceftriaxone **dose unique** + doxycycline + métronidazole **10J**

Infection génitale haute compliquée : ceftriaxone jusqu'à amélioration (**max 7J**) + doxycycline **14J** + métronidazole **14J**

Méningites et abcès cérébral

Méningite à *N. meningitidis* : **5J** si évolution favorable à 48h

Méningite à *S. pneumoniae* : **10J** si évolution favorable à 48h

Méningite à *Listeria* : **21J**

Méningites de l'enfant : *Haemophilus* **7J** / strepto B **14J** / *E.coli* **21J**

Abcès cérébral drainé ou non : **6 sem** (**4 sem** si excision chirurgicale)

Neutropénie fébrile

Sans documentation microbiologique ni orientation clinique

Si hospitalisation : **3J minimum**. Arrêt si absence de signes de gravité ET patient stable ET apyraxie depuis 48h ET surveillance hospitalière de 24-48h (si la neutropénie persiste)

Si ambulatoire : Arrêt quand PNN > 500/mm3. Avis spécialisé après **7J**

Infection documentée (biologie ou foyer clinique)

7J minimum. Arrêt si apyraxie > 4J ET éradication microbiologique ET résolution des signes cliniques d'infection (adapter selon site/pathogène)

Infections de la peau et des tissus mous

Furoncle simple, impétigo simple : pas d'antibiotique

Plaie souillée, abcès cutané drainé, furoncle compliqué, morsure animale : **5J**

Furoncule, impétigo grave, dermohypodermité bactérienne non nécrosante : **7J**

Bactériémies liées aux cathétères veineux

Après ablation du KT et 1^{ère} hémodulture négative

Staph coag neg (+ apyraxie et pas de matériel endovasculaire) : **3J**

Streptocoques, entérocoques et BGN (y compris *Pseudomonas*) : **7J**

RETRAIT KT systématique : *S. aureus*, *S. lugdunensis*, *Candida* sp. : **14J**

Si thrombophlébite septique : **21J**

Si tentative de conservation du KT Verrou + antibiothérapie systémique : **10J**

Bactériémies primaires non compliquées

BGN (entérobactéries, non fermentants), streptocoques, entérocoques : **7J**

S. aureus et *S. lugdunensis* : **14J**

Endocardites

Streptocoques : Valve native : **4 sem** / Valve prothétique : **6 sem**

Entérocoques : Valve native/ prothétique : **6 sem**

S. aureus : Valve native : **4 sem** / Valve prothétique : **4-6 sem**

BGN : Valve native : **4 sem** / Valve prothétique : **6 sem**

Infections de dispositif électronique cardiaque implantable

Infection précoce superficielle : **7J**

Infection du boîtier sans bactériémie : **7J** après ablation de tout le matériel

Infection de sonde : **14J** après ablation de tout le matériel

Infection de sonde et ablation de matériel impossible : avis expert

Infections de matériel endovasculaire – Après reprise chirurgicale

Ablation des implants infectés

Non remplacés : **2 sem**

Remplacés par autogreffe veineuse : **4 sem**

Remplacés par matériel inerte : **6 sem**

Rétention des implants infectés : **12 sem** +/- ATB suppressive (avis expert)

Infections digestives

Diarrhée

Aiguë du voyageur : Azithromycine 1g **dose unique** (ou CG3 IV **3J**)

Pédiatrie : *Shigella/Campylobacter* **3J**; *Yersinia* **5J**, salmonelle 3 ou 5j selon (et si) traitement

Fièvre typhoïde simple : **7J** (fluoroquinolones) OU **5J** (azithromycine)

Infection à *C. difficile* : **10J**

Infection de liquide d'ascite : **5J**

Appendicite non opérée : **7J** (alors qu'opérée + non perforée : **≤ 24h**)

Péritonites :

Perforation digestive opérée dans les 24h : < **1J** (ATB prophylaxie chirurgicale)

Péritonite localisée : **3J**

Péritonite généralisée : **4J**

Péritonite postopératoire/nosocomiale : **8J**

Cholécystite :

Drainage endoscopique/opérée : **3J**

Drainage percutané, non drainé/opéré : **7J**

Angiocholite drainée : **3J** post drainage

Diverticulite :

Non compliquée : pas d'antibiotique, traitement symptomatique

Compliquée/abcès : **3J** si drainé / **7J** sinon

Abcès hépatique : **3 semaines** si drainé, **≥ 28J** sinon

