

Antibiothérapie de l'infection du pied diabétique (hors ostéite)

L Legout, E Senneville

Service Régional Universitaire des Maladies
Infectieuses et du Voyageur, CH Tourcoing.

Apprécier la sévérité de l'infection

- Type de lésions
- Sévérité ?
- Facteurs de risque de BMR
- Caractéristiques du patient

Permet d'apprécier l'urgence de l'antibiothérapie

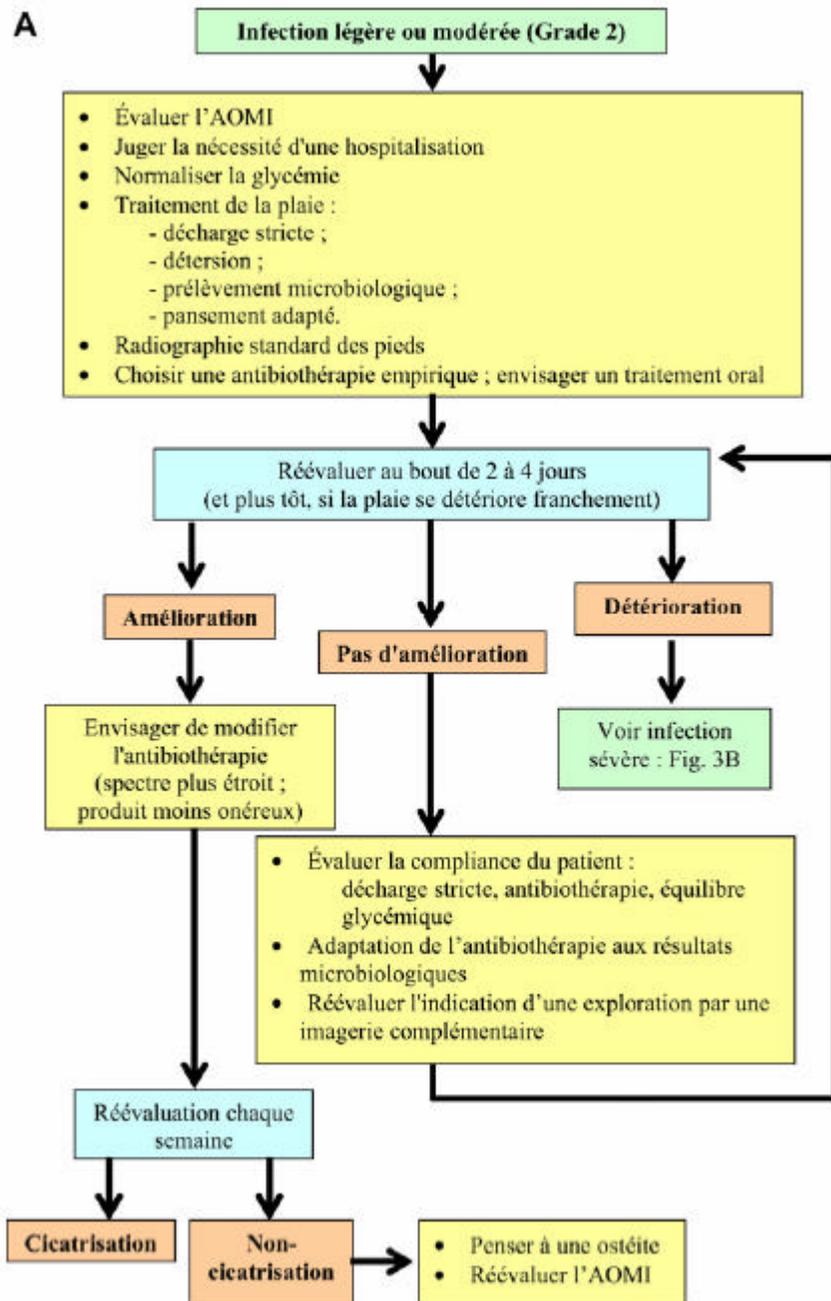


Fig. 3A. Approche du pied diabétique infecté.

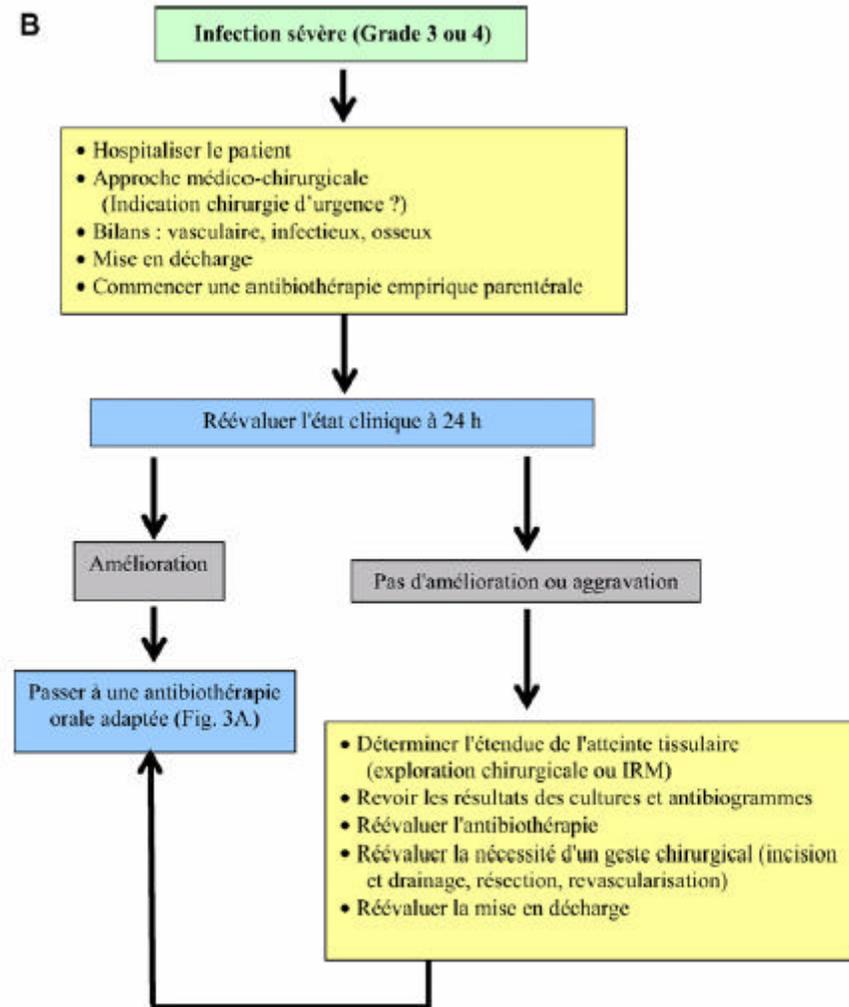


Fig. 3B. Approche du pied diabétique infecté.

Quelle antibiothérapie ?

Règles:

- À instaurer seulement en cas d'infection clinique
- Après des prélèvements microbiologiques (désescalade ++)
- En association aux autres mesures...
- Pas de molécules « à visée osseuse »

PROBLEME:

Pas de corrélation entre la sévérité des lésions
et le type de germe

Recherche de FDR de résistance bactérienne

Quelles molécules ?

Spectre d'activité des principaux antibiotiques utiles dans les infections du pied diabétique (hormis les ostéites)

Bactéries Molécules	<i>S. aureus</i> MS ^a	<i>S. aureus</i> MR ^b	Streptocoques	Entérocoques	Entérobactéries	<i>P. aeruginosa</i>	Anaérobies
Oxacilline céfalexine	+++	-	+++	-	±	-	-
Amoxicilline-acide clavulanique	++	-	+++	+++	++	-	+++
Pipéracilline-tazobactam, ticarcilline-acide clavulanique	++	-	+++	+++	+++	+++	+++
Imipénème	++	-	+++	+++	+++	+++	+++
Ertapénème	++	-	+++	-	+++	-	+++
C3G	++	-	+++	-	+++	-(ceftazidime +++)	-
Aminosides	++	++	-(synergie avec BL, GP)	-(synergie avec BL, GP)	+++	+++ (amikacine)	-
Clindamycine	++	±	++	-	-	-	++
Pristinamycine	+++	++	+++	-	-	-	++
Vancomycine, teicoplanine	++	+++	+++	++	-	-	-
Linézolide	++	++	+++	+++	-	-	++

Conférence de consensus 2007, MMI
IDSA Guidelines 2004, CID

Antibiothérapie en cas d'infection non sévère

Type d'infection	RB	antibiothérapie	
		1 ^{ère} intention	Si allergie grave aux Bétalactamines** C3 ou C4G sous surv ++
Infection de plaie superficielle et <1 mois SA, S. pyogenes	Non	Céfalexine	Macrolide ou Clindamycine
	Oui	Pristinamycine	Pristinamycine
Dermohypodermite extensive SA, S. pyogenes, + BGN/anaérobies si lésion chronique	Non*	Oxacilline IV	Vanco/teico/ Linézolide
	oui	Amox-acide clavulanique	Pristinamycine

* En cas d'artérite: + métronidazole

Antibiothérapie en cas d'infection sévère

Type d'infection	RB	antibiothérapie	
		1 ^{ère} intention	En cas d'allergie grave aux Bétalactamines**
Sepsis	Non	Oxacilline IV +/- AG +/- Métronidazole	Vanco ou Teico (+/- Métronidazole) ou Linézolide +/- AG
	oui	Pip/taz ou Ticar/ac clav ou Ertapénem + Vanco/Teico/Linézolide +/- AG	FQ + Vanco ou Teico ou Linézolide +/-AG
Choc septique	non	Pip/taz ou Ticar/ac clav ou Ertapénem +AG	FQ+AG
	oui	Imipénème+AG + Vanco ou Teico ou Linézolide	FQ+AG+Vanco ou Teico ou Linézolide

SA (SARM), Strepto
BGN, anaérobies
POLYMICROBISME

Evaluation

- Réévaluation clinique à 48-72 heures
- Si bonne évolution:
 - Pas de changement sauf si ATB à spectre élargi
- Si évolution défavorable: adéquation entre ATB et bactério? , recherche extension, inobservance?, ischémie ?, absence de décharge?..

Conclusion

- Antibiothérapie pas toujours indiquée
- Savoir apprécier le type des lésions et la sévérité de l'infection
- Prélèvements avant de débiter l'antibiothérapie pour permettre la désescalade thérapeutique
- Durée de traitement programmée