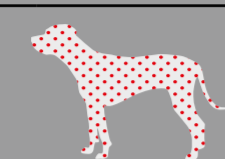
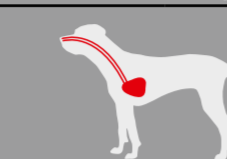
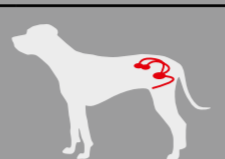
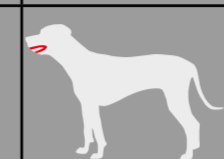
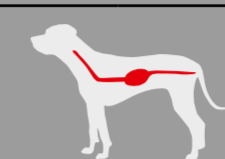
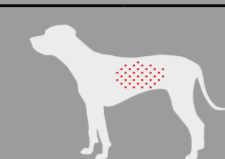
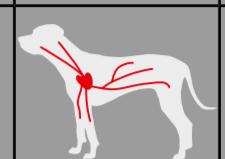
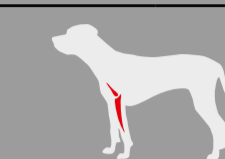































































# Recommandations de la FECAVA pour une antibiothérapie raisonnée en pratique canine et féline

ORGANE - APPAREIL	PEAU					APPAREIL RESPIRATOIRE				APPAREIL URO-GÉNITAL			CAVITÉ BUCCALE	TRACTUS GASTRO-INTESTINAL		CAVITÉ ABDOMINALE		SANG	APPAREIL LOCOMOTEUR	
	entretien du pelage, avec nettoyage-désinfection obligatoire du matériel					supérieur	profond													
																				
<b>Principales infections</b>	Pyodermite de surface (syndrome de prolifération bactérienne, bactérielle, intertrigo, etc)	Pyodermite superficielle (folliculite, impétigo)	Pyodermite profonde (furonculose, cellulite)	Olite externe	Plaies et infections des tissus mous, abcès	Rhinite	Trachéobronchite aiguë (p.ex. toux de chenil) Bronchite chronique	Pneumonie	Pyothorax	Pyélonéphrite	Infection basse du tractus urinaire (cystite)	Pyomètre	Infection orale (p.ex. parodontite, gingivo-stomatite)	Gastro-entérite	Infection des sacs anaux	Affections hépatobiliaires (c.-à-d. cholécystite, cholangite infectieuse)	Péritonite	Sepsis (bactériémie)	Arthrite septique	Ostéomyélite
<b>Cytologie et culture</b>	 de calques, "scotch test"	 &  de pustule (si possible)	 &  d'une biopsie ou d'une ponction à l'aiguille fine (pas à partir d'un exsudat de surface)	 de calque (écouvillonnage après nettoyage)  non justifié lors de traitement topique	 calque (écouvillonnage)  pour surveillance du site opératoire ou lors de complication ou/et suspicion d'infection par une bactérie multirésistante MDR (p.ex. SARM, SPRM, BLSE)	D'intérêt plutôt limité de par la présence de la flore saprophyte Éventuellement sur biopsie lors d'affection chronique	D'intérêt plutôt limité à cause de la flore saprophyte	Difficulté pour la récolte d'un prélèvement (représentatif) broncho-alvéolaire, liée notamment à l'état de l'animal Prise en compte de l'histoire et de l'état clinique du patient: formes graves avec pronostic vital engagé vs animaux asymptomatiques et contact avec des congénères (collectivité)	 &  sur liquide pleural (culture aéro-anaérobie)	 &  sur urine (prélevée par cystocentèse)	 indiqué dans la plupart des cas (urine recueillie par cystocentèse)	Le plus souvent inutile sauf si signes de sepsis ou rupture (péritonite), voir colonnes correspondantes	Généralement injustifié, de part la présence du microbiote buccal (biofilm)	Le plus souvent inutile Si suspicion d'entérite bactérienne, demander une  incluant la recherche de <i>Salmonella sp</i> , <i>Campylobacter</i> (avec typage) ainsi que des <i>Clostridium</i> toxigènes	 &  en cas de fièvre ou/et sévère délabrement tissulaire (écouvillonnage profond de la paroi de l'abcès)	 &  de cytoponctions ou biopsies (privilégier la cholécystocentèse sous sédation/AG)	 &  de liquide d'abdominocentèse pour culture mixte (aéro-anaérobie)	 &  de prélèvements aseptiques sanguins (au moins 3 par tranche de 24h) pour hémoculture aéro-anaérobie	 &  de ponction articulaire ou biopsie (membrane synoviale) Avant identification et antibiogramme, ensemencement sur gélose au sang, incubée à 37°C pendant 24h	 de ponction/biopsie (fragments osseux)
<b>Bactéries fréquemment impliquées</b>	<i>Staphylococcus pseudintermedius</i> ( <i>Malassezia</i> parfois impliquée)	<i>Staphylococcus pseudintermedius</i>	<i>Staphylococcus pseudintermedius</i>	Coques (surtout <i>Staphylococcus pseudintermedius</i> ), bacilles (surtout <i>Pseudomonas sp</i> ), levures ( <i>Malassezia</i> )	Variable	Variable Chez le chat: souvent viral +/- bactéries opportunistes de la flore commensale	Virus Prise en compte des causes de bronchite chronique	Variable Envisager <i>Mycoplasma spp</i>	Variable, dont germes anaérobies Envisager <i>Mycoplasma spp</i>	<i>Escherichia coli</i>	<i>Escherichia coli</i>	<i>Escherichia coli</i>	Variable (dont germes anaérobies)	Fréquemment des causes alimentaires (indiscrétion, changement de ration) Souvent origine virale (ou parasitaire chez les jeunes sujets, demander coproscopie le cas échéant)	Variable, dont des anaérobies, <i>E.Coli</i> , <i>Enterococcus</i> et <i>Proteus</i>	Variable, parmi les fréquemment isolées: anaérobies, <i>Streptococcus spp</i> , <i>Enterococcus spp</i> , <i>E.Coli</i> . Occasionnellement <i>Leptospira spp</i>	Variable	Variable (dont des anaérobies)	Variable. Si infection contractée pendant l'intervention (ou secondaire en post-opératoire), <i>Staph.pseudintermedius</i> probablement impliqué	Variable. Si infection contractée pendant l'intervention (ou secondaire en post-opératoire), <i>Staph.pseudintermedius</i> probablement impliqué
<b>Antibiothérapie probabiliste de 1ère intention</b>		C1G, amox-clav, clindamycine ou TMPS  Si présence possible d'une bactérie multirésistante MDR (p.ex. SARM, SPRM, BLSE), traitement empirique à éviter	C1G dans l'attente des résultats de 	Antiseptique souvent suffisant, ou en association avec traitement local (topique auriculaire) Traitement: dans certains cas, utilisation hors AMM (volume administré, durée...) pour l'obtention d'un guérison	Gestion appropriée de la plaie généralement suffisante (débridement-parage-lavage, pansements) Antibiothérapie systémique basée sur les résultats de  justifiée si répercussions générales (fièvre, etc) et/ou pour certains types d'infection (infiltrante/emphysemateuse)	 lors de rhinite suppurée chronique secondaire, envisager doxycycline Chez le chat: intérêt des antiviraux (comme le famciclovir) lors d'herpesvirose (infection par le FHV-1)	 En l'absence d'amélioration clinique au bout de 10 jours ou de (broncho) pneumonie secondaire, suspecter <i>Bordetella bronchiseptica</i>	Doxycycline PO (forme simple) Fluoroquinolones par voie parentérale (forme compliquée)	Employer amox-clav si coques, fluoroquinolones si bacilles dans l'attente des résultats de 	TMPS ou fluoroquinolones dans l'attente des résultats de  Si signes de sepsis ou de choc septique (bactériémie), voir la colonne «Sepsis»	Amox +/- clav ou TMPS dans l'attente des résultats de  UNIQUEMENT en présence d'indices cytologiques d'inflammation et d'infection (c.-à-d. neutrophiles toxiques +/- bactéries intracellulaires)	 Dans les cas graves*, employer les fluoroquinolones	 Le plus souvent auto-limitante,  Si signes de sepsis ou de choc septique (bactériémie), voir la colonne «Sepsis»	 si sévère dommage tissulaire ou/et fièvre, employer les TMPS dans l'attente des résultats de  Chez le chat: amox-clav ou ampicilline	Amox-clav, ampicilline dans l'attente des résultats de  Doxycycline ou C1G, éventuellement fluoroquinolones contre les Entérobactéries	 Pénicilline G, amoxicilline ou ampicilline IV	 Clindamycine, pénicilline G, amoxicilline ou ampicilline IV, fluoroquinolones	Clindamycine ou C1G ou amox-clav	Clindamycine ou CG1 dans l'attente des résultats de 	
<b>Remarques sur le traitement anti-infectieux</b>	Traitement topique anti-septique et/ou topique antibiotique (shampooing, crème, lotion, spray, etc) Ex: chlorexidine (temps de contact minimal de 10 min)	Envisager traitement topique antiseptique seul (ex.: chlorexidine) lors d'infection simple Consultation(s) de suivi avec poursuite du traitement au moins jusqu'à la guérison clinique	Toujours associer un traitement topique (ex: shampooing à la chlorexidine) Consultation(s) de suivi avec poursuite du traitement au moins jusqu'à la guérison clinique	En préalable à tout traitement, nettoyage complet du conduit indispensable Réduire l'inflammation (corticoïdes) Recherche et prise en charge des affections sous-jacentes. Traitement systémique non justifié (sauf cas particuliers p. ex. ulcérations)	Antiseptiques locaux contre-indiqués en présence d'un tissu de granulation sain Si  prélèvement à faire avant et après le nettoyage de la plaie Traitement des abcès: excise-drainage-curetage	Rhinite chronique: toujours rechercher les causes primitives sous-jacentes	Si persistance des symptômes >10 jours, envisager traitement par voie générale: doxycycline, TMPS ou amox-clav 3 fois par jour 	Amoxicilline ou ampicilline de préférence 3 fois par jour PO ou voie parentérale (perfusion à débit constant)  Formes graves*: association de fluoroquinolone & pénicilline G ou clindamycine	Drainage et lavage de la cavité pleurale sont garants d'une amélioration du pronostic Amox-clav PO 3 fois par jour	Amox-clav 3 fois/jour 	Amoxicilline 3 fois/jour  Traitement médical (à titre occasionnel): 4-5 jours de TMPS (ou fluoroquinolones), aglépristone 	et/ou soins dentaires appropriés En présence de fièvre et autres symptômes généraux (p.ex. adénomégalie): employer clindamycine ou métronidazole (associé à la spiramycine) 	Mesures hygiéniques favorisant la guérison d'une GE aiguë: mesures alimentaires (p.ex. diète hydrique, changement d'aliment), emploi de pré- et probiotiques (lutte contre la dysbiose intestinale)	Drainage de l'abcès-rinçage Application locale d'antibiotiques Sacculectomie en cas de récurrences	 Amoxicilline ou ampicilline de préférence en perfusion à débit constant ou 3 fois/jour Contrôle si possible de la source de l'infection, drainage et rinçage abondant de la cavité abdominale	 Amoxicilline ou ampicilline de préférence en perfusion à débit constant ou 3 fois/jour Contrôle si possible du foyer infectieux primitif: drainage/réssection des abcès et fistules, drainage et rinçage des épanchements septiques (p.ex. pyothorax)	Abondant lavage articulaire essentiel (NaCl ou Ringer Lactate) Amox-clav 3 fois/jour	Recherche et contrôle de l'infection primitive (parage complet du site infecté)  Si possible, ablation du matériel chirurgical (implant, prothèse) 		

 = Cytologie  
 = Mise en culture et antibiogramme  
 = Hospitalisation recommandée  
 = Antibiothérapie non justifiée  
 = Chirurgie  
 = Envisager de référer

graves\* = avec signes de sepsis +/- choc septique  
BLSE = Entérobactérie productrice de bêta-lactamases à spectre étendu  
SARM = *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline  
SPRM = *Staphylococcus pseudintermedius* résistant à la méticilline  
TMPS = Sulfamides-triméthoprime

Ce tableau rassemble quelques exemples, sans prétention à l'exhaustivité. Tenir compte de l'épidémiologie bactérienne. Utiliser des anti-infectieux à bonne diffusion au site de l'infection et au spectre le plus étroit possible. Se conformer à la réglementation nationale en vigueur relative à la prescription et à la délivrance des antibiotiques, notamment pour les Antibiotiques d'Importance Critique (AIC).