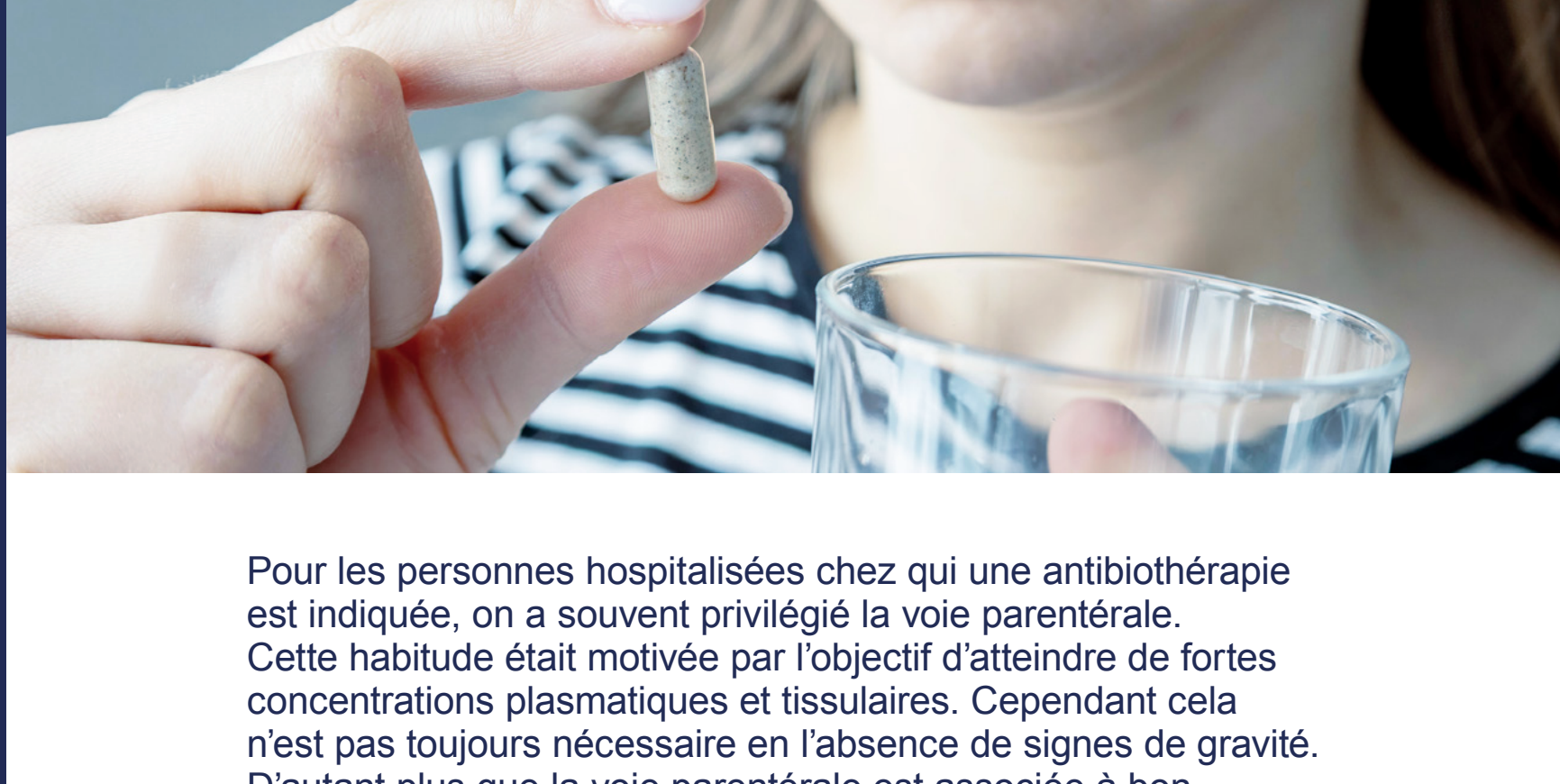


Pendant longtemps, à l'hôpital, "antibiotique" a souvent rimé avec voie IV. Pour viser vite et fort, par habitude autant que par prudence. Mais hors situations de gravité, ce réflexe mérite d'être bousculé.

La voie orale a toute sa place : d'emblée pour certaines infections, ou en relais précoce dès que l'évolution est favorable et que les critères sont réunis. À efficacité comparable, on y gagne sur plusieurs fronts : moins de complications liées aux cathéters, plus de confort pour le patient, du temps soignant libéré, des coûts réduits... et même une empreinte carbone moindre. Dans ce numéro d'Infectio'News, nous faisons le point sur : quand initier par voie orale, quand relayer, et avec quelles molécules selon les situations. L'objectif est simple : prescrire moins souvent, mieux, et par la voie la plus pertinente — sans sacrifier la sécurité.

Docteur Hugues MELLIEZ, infectiologue
et Docteur Jean-Etienne PODIK, médecin hygiéniste

Antibiothérapie par voie orale : une place centrale même à l'hôpital



Pour les personnes hospitalisées chez qui une antibiothérapie est indiquée, on a souvent privilégié la voie parentérale.

Cette habitude était motivée par l'objectif d'atteindre de fortes concentrations plasmatiques et tissulaires. Cependant cela n'est pas toujours nécessaire en l'absence de signes de gravité. D'autant plus que la voie parentérale est associée à bon nombre de complications. La tendance actuelle est donc de privilégier la voie orale (PO), soit d'emblée, soit en relais, pour une efficacité équivalente démontrée [1-4].

Quelle voie d'administration en initiation de l'antibiothérapie ?

Cela dépend en 1er lieu de l'indication. Dans la prise en soins des pneumonies aiguës communautaires et des infections cutanées par exemple, la prescription d'un antibiotique peut d'emblée être envisagée par voie orale (Tableau 1). En cas de sepsis (ancien sepsis sévère) ou de choc septique, la question de la voie IV ne se pose pas. De même, la voie parentérale doit être utilisée en cas de malabsorption, de diarrhée profuse ou de vomissements dans les dernières 24H ou en cas de troubles de la déglutition [5, 6].

Quelles modalités pour un relais PO ?

La question doit se poser à 48H ou plus tard selon la situation clinique (Tableau 2). On privilégiera un antibiotique avec une biodisponibilité satisfaisante.

En cas de bactériémie à *Staphylococcus aureus* à faible risque de complication, l'étude SABATO a montré la non-infériorité d'un relais PO après 5 à 7 jours pour totaliser 14 jours [7]. Ces formes à faible risque de complication sont définies par l'absence de localisations secondaires (fréquentes), la négativation des hémocultures dans les 48H, l'apyrexie à 72H, l'absence d'endocardite et l'absence de matériel vasculaire [8]. À souligner qu'elles ne représentent pas du tout la majorité des situations de bactériémie à *Staphylococcus aureus*. Dans cette étude, le choix de la molécule était majoritairement COTRIMOXAZOLE ou CLINDAMYCINE. Les pénicillines M orales ne sont pas recommandées du fait de leur faible biodisponibilité. À noter que le CEFALEXINE, une C1G, a une biodisponibilité plutôt bonne et pourrait être une option.

Pour les bactériémies à d'autres germes, cela dépend évidemment de la porte d'entrée. À noter qu'une étude récente dans laquelle un relais PO était permis, incluant majoritairement des personnes hospitalisées initialement en soins continus et infectées à BGN, montrait une non-infériorité de 7 jours vs. 14 jours [9]. Son objectif était d'étudier la durée plus que la voie d'administration. Cependant, il est le plus souvent possible, chez des personnes bien sélectionnées et selon le site infecté, de faire un relais PO précoce si l'évolution est favorable.

Dans les endocardites, un relais PO peut être envisagé après minimum 10 jours IV et au moins 7 jours après une chirurgie, selon des critères de bonne évolution : apyrexie, CRP et leucocytose en baisse, ETO récente ne montrant pas d'indication chirurgicale résiduelle, IMC < 40 kg/m² et pas de risque de mauvaise observance [10]. Un avis spécialisé est souhaitable en particulier en cas d'endocardite à entérocoque ou staphylocoque.

Quels bénéfices attendus ?

Un relais PO précoce permet une réduction des risques d'infection liés au cathéter (cf. PRÉVENTION).

Une antibiothérapie PO est associée à une réduction de la durée d'hospitalisation, une augmentation du confort du patient, une diminution du temps IDE dédié et une réduction des coûts [1, 7, 11, 12]. Une étude observationnelle a démontré qu'administrer un antibiotique par voie IV est presque 5 fois plus long que PO et 27 fois plus coûteux. Le temps moyen consacré par jour à un traitement antibiotique est de 23,4 min IV vs. 5,6 min PO [13].

L'utilisation de la voie PO a aussi un impact écologique non négligeable puisqu'elle diminue l'empreinte carbone [14]. Cette empreinte carbone est élevée pour toute antibiothérapie mais particulièrement pour la voie IV (avec le matériel nécessaire à son administration), 10 fois supérieure à la voie PO (Figure).

Conclusion. Il faut probablement moins prescrire en s'interrogeant systématiquement sur la pertinence de toute antibiothérapie. Lorsque l'indication est posée, il faut probablement privilégier la voie PO et la durée la plus courte possible. Cela permet une réduction des risques d'infection liés au cathéter, de la durée d'hospitalisation, une augmentation du confort du patient, une diminution du temps IDE dédié, une réduction des coûts ainsi qu'une diminution de l'empreinte carbone.

Tableau 1.

Antibiotiques pouvant être utilisés d'emblée PO. Les posologies proposées ici sont valables pour les patients adultes avec une fonction rénale normale (GPR), hors poids extrêmes (<https://abxbmi.com/>). Elles doivent être adaptées au site et à la sévérité de l'infection.

Antibiotique - Forme galénique	Biodis- ponibilité	Équivalence de posologie IV -Voie orale	Commentaires
Amoxicilline gél ou cpr orodispersible	70 %	Identique à l'IV	Au-delà d'une prise unitaire de 2 à 3 g, l'absorption est saturable, privilégier une prise toutes les 8 heures. Ne pas dépasser 6 à 9 g/j par voie orale selon poids et indication, sur avis spécialisé. Si de plus fortes doses sont nécessaires, la voie IV est donc indiquée.
Amoxicilline - Acide clavulani- cique cpr ou sachet	70 %	Identique à l'IV	À prendre de préférence au début des repas. Au-delà d'une prise unitaire de 2 à 3 g, l'absorption est saturable, privilégier une prise toutes les 8 heures. Ne pas dépasser 1200 mg d'acide clavulanique par jour, si besoin ajouter de l'amoxicilline seule.
Clarithromycine cpr	50 %	250 mg IV = 500 mg PO	À prendre de préférence pendant les repas.
Clindamycine gél	90 %	Identique à l'IV	Les gélules doivent être prises entières.
Ciprofloxacine cpr	70-80 %	400 mg IV = 500 mg PO	Ne pas prendre avec les produits laitiers ou boissons enrichies en calcium. À prendre à distance (2h avant ou au moins 6h après) des sels de fer, d'antiacides et de sucralfate qui peuvent diminuer l'absorption.
Delafloxacine cpr	60 %	300 mg IV = 450 mg PO	Ne pas prendre avec les produits laitiers ou boissons enrichies en calcium. À prendre à distance (2h avant ou au moins 6h après) des sels de fer, d'antiacides et de sucralfate qui peuvent diminuer l'absorption.
Doxycycline cpr	90 %	Identique à l'IV	À prendre de préférence pendant les repas et au moins 1h avant le coucher. Ne pas prendre avec les produits laitiers ou boissons enrichies en calcium. À prendre à distance (plus de 2h si possible) des sels de fer et des topiques gastro-intestinaux.
Lévofloxacine cpr	100 %	Identique à l'IV	Ne pas prendre avec les produits laitiers ou boissons enrichies en calcium. À prendre à distance (au moins 2 heures avant ou 6 heures après) des sels de fer, d'antiacides et de sucralfate qui peuvent diminuer l'absorption.
Linézolide cpr	100 %	Identique à l'IV	
Métronidazole cpr	100 %	Identique à l'IV	À prendre de préférence pendant les repas.
Moxifloxacine cpr	100 %	Identique à l'IV	Ne pas prendre avec les produits laitiers ou boissons enrichies en calcium. À prendre à distance (au moins 2 heures avant ou 6 heures après) des sels de fer, d'antiacides et de sucralfate qui peuvent diminuer l'absorption.
Ofloxacine cpr	98 %	Identique à l'IV	Ne pas prendre avec les produits laitiers ou boissons enrichies en calcium. À prendre à distance (au moins 2 heures avant ou 6 heures après) des sels de fer, d'antiacides et de sucralfate qui peuvent diminuer l'absorption.
Ornidazole cpr	90 %	Identique à l'IV	
Rifampicine gél	100 %	Identique à l'IV	À prendre de préférence > 30 min. avant les repas. Ne pas dépasser 900 mg par prise.
Spiramycine cpr	30 à 40 %	1,5 MULIV = 3 MUI PO	À prendre pendant les repas Biodisponibilité faible en PO.
Sulfaméthoxazole- triméthoprime cpr	90 %	Identique à l'IV	À prendre de préférence pendant les repas.

Tableau 2.

Situations cliniques nécessitant l'initiation d'une antibiothérapie par voie IV et conditions pour envisager un relais PO.

Pathologie	Délai pour envisager un relais par os*	Conditions pour envisager le relais oral.
Bactériémie à <i>Staphylococcus aureus</i> non compliquée	À partir du 7 ^e jour	
Bactériémie sans porte d'entrée identifiée	Pas de recommandation disponible	Selon avis infectiologique.
Bactériémie liée au cathéter	Pas de recommandation disponible	Selon avis infectiologique.
Endocardites	À partir du 10 ^e jour	Après réalisation d'une ETO à J10 et après avis infectiologique ou du référent endocardite.
Infection de prothèse vasculaire	À partir du 7 ^e jour	Selon avis infectiologique.
Abcès cérébral	Pas de recommandation disponible	Selon avis infectiologique.
Méningite à <i>Listéria</i> , <i>Pneumocoque</i>	Jamais de relais oral	
Arthrite septique	Après exclusion d'une endocardite. À partir du 7 ^e jour si bactériémie associée	
Infection de prothèse de hanche et de genou	À partir du 5 ^e jour À partir du 7 ^e jour si bactériémie associée	Selon avis infectiologique.
Spondylodiscite	À partir du 1 ^{er} jour À partir du 7 ^e jour si bactériémie à <i>Staphylococcus aureus</i> associée	Après avoir éliminé une endocardite et traité l'éventuelle bactériémie.

*Pour les durées totales de traitement, se référer aux recommandations actualisées de la SPILL <https://www.infectiologie.com/fr/recommandations.html>.

PRÉVENTION

Infections sur accès vasculaire : vigilance médicale au quotidien

Indispensables à la prise en charge des patients, les accès vasculaires restent une **cause majeure d'infections associées aux soins**, notamment de bactériémies. Leur prévention repose avant tout sur des **décisions médicales raisonnées** et une vigilance clinique constante.

La première étape est l'indication : choisir le dispositif le moins invasif possible, adapté au projet thérapeutique, et **réévaluer quotidiennement** la nécessité de son maintien. La durée d'exposition demeure un facteur de risque déterminant.

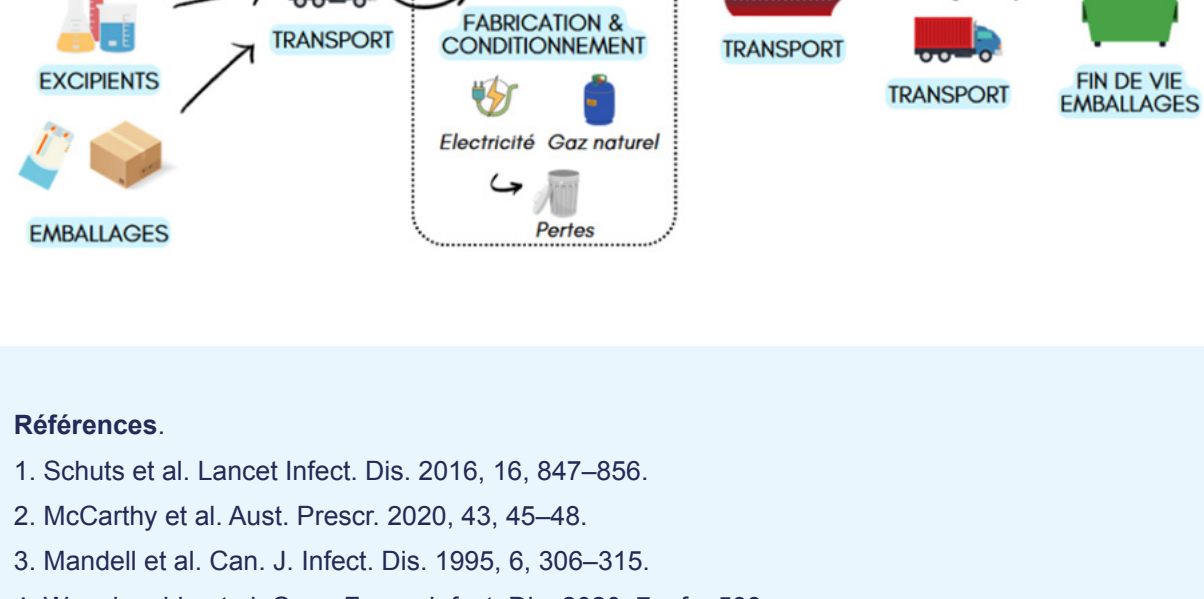
Toute fièvre ou sepsis sans foyer évident chez un patient porteur d'un accès vasculaire doit faire **évoquer en priorité une infection liée au dispositif**. L'examen du point d'insertion et l'évaluation de la fonctionnalité du cathéter sont essentiels, en lien étroit avec les équipes paramédicales.

Le **signalement** des infections suspectées ou avérées est un outil clé de **qualité et de sécurité** des soins. Il permet une prise en charge rapide, l'analyse des causes et l'amélioration collective des pratiques.

Prescrire, réévaluer, surveiller, signaler : quatre réflexes médicaux pour réduire le risque infectieux.

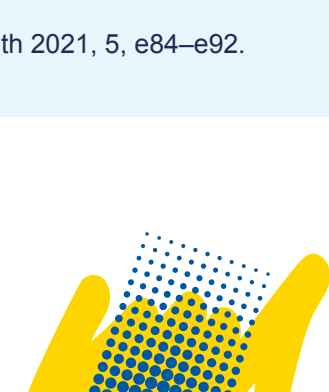
Figure.

Schéma du cycle de vie simplifié de la production et de l'utilisation d'un médicament. Source AP-HP.



Références.

1. Schuts et al. Lancet Infect. Dis. 2016, 16, 847–856.
2. McCarthy et al. Aust. Prescr. 2020, 43, 45–48.
3. Mandell et al. Can. J. Infect. Dis. 1995, 6, 306–315.
4. Wongkamhla et al. Open Forum Infect. Dis. 2020, 7, ofaa539.
5. Harvey et al. J Clin Med. 2023, 12(6) : 2086.
6. <https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/groupe-atb/2025-07-fiche-pratique-po-ou-iv.pdf>
7. Kaasch et al. Lancet Infect Dis 2024, 24(5) : 523-34.
8. Corey et al. CID 2009 : 48 (Suppl 4).
9. BALANCE Investigators. N Engl J Med. 2025, 392(11) : 1065-1078.
10. Iversen et al. N Engl J Med. 2019, 380(5) : 415-424.
11. Nguyen et al. J. Pharm. Pharmacogn. Res. 2021, 9, 695–703.
12. Cyriac et al. J. Pharmacol. Pharmacother. 2014, 5, 83–87.
13. About et al. RICAJ. 2024.
14. Tension et al. Lancet Planet. Health 2021, 5, e84–e92.



Chaque jour, prendre soin de la santé de chacun