

MALADIES INFECTIEUSES

I) Pr.Marih :

A) Brucellose :

-> Diagnostic de la brucellose est évoqué devant les signes cliniques :

- Fièvre prolongée (sans dissociation du pouls)
- Fièvre ondulante
- Douleur sacro-iliaque, osseuse, ostéo-articulaire
- Myalgies = douleurs musculaires
- Sueurs nocturnes profuses
- Epididymite
- Orchite
- Sérodiagnostic de Wright positif +

-> TTT ATB de la brucellose aigue :

- Cyclines : Tétracycline, Doxycycline
- Rifampicine
- Streptomycine

B) Fièvre typhoïde et parathyroïde :

-> Signes cliniques de la fièvre typhoïde :

- Fièvre en plateau (40°C) avec pouls dissocié
- Alternance diarrhée-constipation
- Diarrhée avec douleur abdominale
- Fosse iliaque droite gargouillante
- Taches rosés lenticulaires
- Langue saburrale
- Splénomégalie
- Céphalées
- Epistaxis

-> Signes biologiques : Leucopénie

-> Les complications de la fièvre typhoïde :

- Hémorragie/Perforation intestinale
- Collapsus cardio-vasculaire
- Endocardite
- Abscesses spléniques
- Méningite
- Encéphalite (Encéphalopathie typhique)

-> Examens complémentaires permettant de confirmer le diagnostic de la fièvre typhoïde :

- Hémoculture
- Coproculture
- Myéloculture
- Uroculture

-> Les ATB efficaces dans le TTT de la fièvre typhoïde sont :

- Fluoroquinolones : Ciprofloxacine, Ofloxacine
- Cotrimoxazole
- Ceftriaxone (Céphalosporine 3G)
- Amoxicilline
- Azithromycine
- Thiamphénicol
- Ampicilline

Femme enceinte

C) Leptospiroses :

-> Les signes cliniques de la phase pré-ictérique de la leptospirose ictéro-hémorragique :

- Fièvre et frissons
- Myalgies
- Syndrome méningé
- Rash cutané urticarien

-> Les signes cliniques et biologiques de la leptospirose ictéro-hémorragique :

- Insuffisance rénale aigue
- Thrombopénie
- Hyperleucocytose à PNN
- Syndrome méningé (méningite lymphocytaire)
- Syndrome hémorragique
- Oligurie
- Fièvre
- Epistaxis
- Ictère orangé cutanéomuqueux généralisé flamboyant
- Hémorragie ou injection conjonctivale
- Urticaire (Rash cutané urticarien)

-> TTT ATB de la leptospirose ictéro-hémorragique :

- Cyclines : Tétracycline, Doxycycline
- Amoxicilline
- Ceftriaxone
- Pénicilline G
- Céphalosporine 3e génération

D) Infections streptococciques :

-> Concernant l'impétigo :

- Fréquent chez l'enfant
- Agent causal est le streptocoque du groupe A
- Eruption est caractérisée par une dermatite vésicule-bulleuse et prurigineuse
- TTT fait appel à l'amoxicilline

-> Concernant l'érysipèle de la face :

- Il se manifeste par une inflammation aigue cutanée localisée
- Le bourrelet périphérique est surélevé
- Adénopathies sous maxillaires
- Fièvre avec frissons et douleur
- Il est traité par l'amoxicilline

-> Concernant l'érysipèle des membres inférieures :

- Infection à streptocoque A
- Placard inflammatoire érythémateux sans suppuration
- Fièvre élevée avec frissons
- Limites de la lésion ne sont pas nettes
- Il peut se compliquer d'une fasciite nécrosante
- Il est traité par l'amoxicilline

-> Concernant la cellulite streptococcique :

- Fait suite à une infection cutanée à streptocoque A
- Plaque de nécrose
- Oedème inflammatoire extensif
- Peut évoluer vers un choc hypovolémique
- TTT : Pénicilline G, Amoxicilline, débridement et excision des tissus nécrosés

-> Cas clinique : fièvre, frissons, température à 39°C, Fc 90 batt/min, TA 140/70, douleur membre inférieur, oedématisé, avec une peau érythémateuse, cartonnée, lésion purpuriques. Au bilan : Hyperleucocytose = 17 000/mm³ a PNN, CRP = 120 mg/l =====> Cellulite causé par Streptocoque B hémolytique du groupe A, son TTT ATB : Pénicilline G, Amoxicilline

-> Complications de l'angine streptococcique :

- Scarlatine
- Erythème noueux
- Chorée aigue
- Glomérulonéphrite aigue
- Rhumatisme articulaire aigu

-> TTT ATB de l'angine streptococcique :

- Erythromycine
- Amoxicilline
- Azithromycine
- Pénicilline V
- Extencilline
- Céphal1G

-> Concernant la scarlatine :

- Infection à streptocoque A
- Peut se compliquer de rhumatisme articulaire aigu
- Succède l'angine streptococcique
- Angine érythémateuse
- Langue framboisée
- Eruption est caractérisé par une rougeur diffuse sans intervalle de peau saine
- Le TTT fait appel à la pénicilline G
- L'exanthème régresse en 8 jours avec desquamation étendue

E) Infections à germes anaérobies :

-> Signes cliniques d'une gangrène gazeuse :

- Oedème douloureux extensif
- Crépitations gazeuses
- Fièvre élevée
- Etat de choc hypovolémique

-> Septicémie à Clostridium perfringens :

- Hémolyse intra-vasculaire
- Etat de choc
- Avortement septique

F) Septicémie :

-> Le syndrome de réponse inflammatoire systémique (SRIS) se caractérise par :

- Leucopénie 4000 /mm³ > Leucocytes > 12 000/mm³ Hyperleucocytose
- Tachycardie (Fréquence cardiaque > 90 batt/min)
- Fréquence respiratoire > 20 cycles/min
- 36 > T° > 38

-> Les anomalies retrouvées dans le sepsis sévère :

- Hypothémie
- Polypnée
- Insuffisance rénale aigue
- Détresse respiratoire
- Acidose lactique
- Oligurie
- Marbrures
- AEG
- Hypotension artérielle (systolique < 90 mmHg)

-> Localisations métastatiques des septicémies à staphylocoques :

- Méningite
- Spondylodiscite
- Endocardite aigue
- Abscess du cerveau
- Pustules hémorragiques

-> Concernant la septicémie à Staphylocoque :

- Fièvre oscillante
- Rarement secondaire à une infection dentaire
- Peut se compliquer de : Insuffisance rénale aigue, endocardite aigue
- Doit être traité par une bi-antibiothérapie
- Porte d'entrée : Cutanée, Utérine, Plaie infecté, Cathéter veineux, Furoncle

-> Concernant la septicémie à bacille gram négatif :

- Urgence thérapeutique
- Peut se compliquer d'une insuffisance rénale aiguë, OAP lésionnel
- Peut se manifester par une hypothermie, leucopénie, ecthyma gangréneux
- Doit être traité par une bi-antibiothérapie

-> Porte d'entrée responsable d'une septicémie à bacille gram négatif :

- Colique : Diverticulose colique
- Biliaire : Infection des voies biliaires
- Urinaire : Lithiase urinaire, Infection urinaire (Pyélonéphrite)
- Brûlure
- Cathéter veineux

-> Signes cliniques et biologiques d'une septicémie à bacille gram négatif :

- Hypothermie
- Leucopénie
- Ecthyma gangréneux
- Porte d'entrée urinaire

G) Tétanos :

-> Concernant le tétanos :

- Toxi-infection
- Maladie non immunisante
- Maladie non contagieuse
- Infection au Clostridium tetani = Bacille de Nicolaïer
- Diagnostic exclusivement clinique (pas de biologie)
- Symptôme le plus précoce est le trismus (1er symptôme)
- Complications : spasme laryngé, HTA, rupture tendineuse, infection urinaire
- Contractures musculaires généralisées et permanente (muscles de l'abdomen, face, nuque, thorax, pharynx, larynx, membres,...)
- Les contractures sont exacerbées par la lumière et le bruit
- Conscience conservé
- Pas de fièvre
- TTT ATB : Pénicilline G ou Métronidazole
- TTT symptomatique : Diazépam (Valium), Midazolam (Hypnovel), Baclofène (Lioréal), Phénobarbital (Gardénal)
- La prévention est basé sur la vaccination antitétanique
- Facteur de gravité : (mauvais pronostic)
- Période d'invasion inférieure à 2 jours
- Porte d'entrée chirurgicale
- Porte d'entrée ombilicale
- Les paroxysmes
- Fièvre

II) Pr.Chakib :

-> Au cours de la fièvre boutonneuse méditerranéenne :

- **L'éruption cutanée maculopapuleuse**
- S'accompagne de **fièvre**
- S'accompagne d'une **tache noirâtre**
- Atteinte des paumes des mains et des plantes des pieds
- La plus fréquente des Rickettsioses au Maroc
- Survient surtout en été
- Elle est due à *Rickettsia Conori*
- Elle se développe après la pique d'une tique
- Le tique responsable de la maladie peut être hébergé par le chien

Eléments à rechercher à l'examen clinique pour confirmer le diagnostic d'une Rickettsiose

-> Le TTT d'une fièvre boutonneuse méditerranéenne :

- Cyclines : Doxycycline, Tétracycline
- Josamycine
- Fluoroquinolones

Pour la femme enceinte, l'enfant et le nouveau née

-> La fièvre prolongée ou persistante :

- Est définie par une température $> 38,3^{\circ}\text{C}$, constatée à plusieurs reprises et pendant 3 semaines
- Est une circonstance classique de découverte de tumeurs, endocrinopathie
- Peut être d'origine infectieuse ou inflammatoire
- Peut nécessiter de démarrer une ATB probabiliste en urgence
- Peut relever un TTT immunosuppresseur
- Étiologies :
 - Tuberculose (neuroméningée) (+ fréquente notre contexte)
 - Infection à VIH
 - Abscès des parties molles
 - Lymphome non Hodgkinien
 - Rhumatisme articulaire aigu
 - Lupus érythémateux aigu disséminé
 - Abscès pulmonaire
 - Infection à CMV

-> La fièvre typhoïde est une maladie infectieuse :

- Aigue
- Transmissible
- Communautaire
- Exogène

-> La COVID-19 est une maladie infectieuse :

- Aigue
- Transmissible
- Communautaire

-> Les caractères épidémiologiques qui ont participé à la diffusion pandémique du SARS-CoV2 :

- La porte de sortie de l'agent pathogène
- Réceptivité de la population (absence de vaccination)

-> Les maladies qui donnent des épidémies trainantes :

- Rougeole
- Varicelle
- Rubéole

-> Les maladies qui donnent des épidémies explosives :

- Intoxication alimentaire collective
- Cholera

-> Les 3 germes les plus fréquemment responsables de toxi-infections alimentaires collectives :

- *Salmonella* Sp
- *Staphylococcus aureus*
- *Clostridium perfringens*

- > Les germes responsables de toxi-infections alimentaires collectives qui sont entéro-invasifs :
 - Salmonella non typhoïdique
 - Campylocater
- > La déclaration (obligatoire) des maladies infectieuses :
 - Est obligatoire au Maroc
 - Est réglementée par un texte publié dans le bulletin officiel
 - A un faible rendement
 - Ne se fait pas uniquement par les médecins de santé publique
 - Mode de collecte de données le + utilisé pour la surveillance épidémiologique des maladies
- > Les maladies qui doivent être déclarées par téléphone :
 - Choléra
 - Méningite à méningocoque
 - Toxi-infections alimentaires collectives
- > Concernant la déclaration des cas de SIDA au Maroc :
 - La déclaration est obligatoire
 - Ne se fait pas par téléphone
 - La déclaration doit rester anonyme (pas de nom/prénom du malade)
 - Tous les médecins des différents secteurs de la santé doivent déclarer la maladie
 - Le nombre de cas déclarés est inférieur aux cas réels
- > La maladie infectieuse :
 - Dépend de la virulence
 - Dépend de l'état immunitaire de l'hôte
 - Nécessite obligatoirement un vecteur de germe
 - Dépend de la densité de l'inoculum infectieux
- > Les 2 phases qui surviennent au début d'une maladie infectieuse :
 - Phase de prodromes
 - Phase d'incubation
- > Les 2 phases pendant lesquelles on peut faire un diagnostic précoce d'une maladie infectieuse :
 - Phase de prodromes
 - Phase clinique
- > Les éléments dont dépend la contagiosité :
 - Période de l'élimination de l'agent pathogène
 - Porte de sortie du microorganisme pathogène
- > Choléra :
 - La diarrhée est aiguë, d'aspect « eau de riz »
 - Entraîne une déshydratation
 - S'accompagne de vomissements
 - Douleur abdominales
 - Diarrhée aiguë afécale sans fièvre : symptôme principal chez une personne revenant d'un séjour dans une zone épidémique de choléra
- > Concernant le paludisme :
 - Fièvre, Frissons, Myalgies, Céphalées
 - Diagnostic biologique de certitude : Goutte épaisse
 - Maître symptôme chez voyageur revenant d'un séjour dans une zone impaludée : Fièvre
 - Symptômes d'un accès palustre simple : Fièvre, Sueurs, Frissons
 - Diagnostic neuropaludisme : Convulsions, Troubles de la conscience, Troubles du tonus
 - Le paludisme est grave en cas de : abcès pernecieux, plasmodium falciparum, femme enceinte, coma, détresse respiratoire, troubles de conscience, l'enfant (attention ! pas le nouveau né)
 - Si après TTT, pas d'amélioration (fièvre, vomissement, ictère, obnubilation) => Hospitalisation

-> La prévention individuelle du paludisme d'importation, le voyageur dans une zone impaludée, doit respecter les recommandations :

- Le port de vêtement long la nuit
- L'utilisation de répulsifs sur les parties découvertes du corps
- L'utilisation de moustiquaires
- La prise de médicaments anti-paludiques pendant tout le séjour (même avant et après)

-> Les causes favorisant les infections endogènes sont :

- Maladies auto-immunes
- SIDA
- Corticoïdes
- Radiations ionisantes

IV) Pr.Marhoum :

-> Les accidents d'exposition au sang AES :

- Tout contact de peau lésée avec un liquide biologique contaminé par le sang
- Toute projection de sang sur une muqueuse (oculaire)
- Toute pique superficielle avec aiguille souillée de sang
- Toute pique accidentelle avec aiguille trainant sur le sol
- Après un AES par pique, la désinfection peut se faire avec de la javel diluée (ne pas faire saigner)

-> Après un AES, la personne exposée est éligible pour une prophylaxie antirétrovirale si :

- L'exposition s'est produite il y a moins de 72h (Le délai de consultation)
- La personne exposée n'est pas infectée ou n'est pas connue infectée par le VIH
- La personne source est séropositive pour le VIH,
- La personne source est séropositive pour le VHB
- Le statut sérologique de la personne source est inconnu
- La victime d'AES n'est pas vaccinée contre l'HVB
- Une muqueuse ou une peau lésée a été significativement exposée à un liquide biologique potentiellement contaminant
- Le patient source a un comportement sexuel à risque

-> En cas de pique par aiguille souillée provenant d'un patient infecté, le taux de transmission est de l'ordre de :

- 30% pour le VHB
- 3% pour le VHC
- 0,3% pour le VIH

-> Concernant l'infection à VIH au Maroc :

- La région de Souss-Massa est celle qui déclare le plus de cas
- Le mode de transmission hétérosexuel est prédominant
- La majorité des patients est d'origine urbaine
- La prévalence nationale estimée 0.08 %
- La prévalence chez les femmes enceintes est inférieure à 1 %

-> Le dépistage à l'infection à VIH se fait par :

- Sérologie VIH par ELISA
- Test rapide VIH

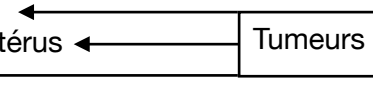
-> L'examen biologique qui confirme l'infection à VIH :

- Le Western Blot

-> L'intérêt de la numération des lymphocytes T-CD4 chez un patient infecté par le VIH :

- Pose l'indication de la prophylaxie primaire de la pneumocystose
- Contribue à suivre l'efficacité du TTT anti-rétroviral
- Permet d'estimer l'importance de l'immunodépression

-> Les pathologies permettant de classer une infection VIH au stade de SIDA :

- Candidose oesophagienne
 - Tuberculose
 - Toxoplasmose (cérébrale)
 - Pneumocystose
 - Cryptococcose
 - Lymphome cérébral
 - Cancer du col de l'utérus
 - Kaposi
- 
- ```
graph RL; Tumeurs[Tumeurs] --> Lymphome[Lymphome cérébral]; Tumeurs --> Cancer[Cancer du col de l'utérus]; Tumeurs --> Kaposi[Kaposi];
```

-> La pneumocystose au cours du SIDA :

- Elle est due à un champignon
- C'est une infection opportuniste
- Les lactico-déshydrogénases LDH sont élevée
- L'organe le plus fréquemment atteint est le poumon
- La prophylaxie primaire repose sur le cotrimoxazole
- Le cotrimoxazole en est le TTT de référence
- Diagnostic confirmation : examen direct, MEE du Pneumocystis Jirovecii dans le liquide du lavage broncho-alvéolaire

-> Manifestations respiratoires au cours de l'infection à VIH doivent faire rechercher une infection :

- Pneumocystis jirovecii (pneumocystose)
- Mycobacterium tuberculosis (tuberculose)
- Mycobactérie atypique
- Pneumonie à pneumocoque

-> Cas clinique :

Patient 35 ans, polypnée 32 cycles/min, toux sèche, dysphagie modérée, contexte fébrile depuis 2 jours, candidose buccale

- Diagnostics : tuberculose pulmonaire, infection à VIH, pneumocystose pulmonaire, pneumonie à pneumocoque
- Examens paracliniques en urgence : Rx thorax, Dosage des LDH, NFS
- Les résultats : Test rapide VIH positif, Lymphopénie 400 cell/mm<sup>3</sup>.
- Arguments tuberculose pulmonaire : PNN = 4200/mm<sup>3</sup>, Aspect de caverne à la Rx pulmonaire
- Arguments pneumocystose pulmonaire : Lymphocytes = 400/mm<sup>3</sup>, Dyspnée avec fièvre, infection VIH, LDH élevées
- TTT : Cotrimoxazole

-> Concernant la toxoplasmose au cours du sida :

- L'agent responsable (Toxoplasma gondii) peut être transmis des crudités, de la viande peu cuite
- Si la sérologie toxo est négative, la prophylaxie est de type prévention d'exposition
- L'organe le plus fréquemment atteint est le cerveau
- Fréquemment responsable d'abcès cérébral
- Déficit moteur focal d'origine centrale
- Le cotrimoxazole est un TTT efficace
- Diagnostic le plus souvent rétrospectif

-> Une hémiplégie au cours de l'infection à VIH doit faire rechercher :

- Une toxoplasmose
- Un tuberculome cérébral

-> Cas clinique :

Patient 30 ans maigre 47kg, déshydraté, candidose buccale, céphalées, fièvre, vomissements depuis 1 sem, hémiplégie il y a 12h

- Diagnostics : Abcès cérébral à germe pyogène, Tuberculome cérébral, Toxoplasmose cérébrale
- Examen paraclinique en urgence : TDM cérébrale
- Test rapide VIH positif
- Diagnostic final : Toxoplasmose cérébrale
- PEC : TTT par cotrimoxazole, Réhydratation par voie veineuse, TDM de contrôle après 1 mois



- > La cryptococcose au cours du SIDA est le plus fréquemment responsable de :
  - Méningite
- > La cryptosporidiose au cours du SIDA est le plus fréquemment responsable de :
  - Diarrhée chronique
- > Le cytomégalovirus CMV au cours du SIDA touche préférentiellement :
  - Le colon (colite)
  - L'oeil (rétinite)
- > Diagnostic de candidose oesophagienne :
  - Dysphagie haute + muguet buccal
  - Aspect macroscopique à la fibroscopie
- > La rage :
  - Agitation psychomotrice (Pas de convulsions)
  - Hallucinations effrayantes
  - Salivation excessive
  - Diagnostic clinique
  - Hydrophobie, aérophobie et morsure par un chien suffisent à retenir le diagnostic
  - Constamment mortelle
  - Patient est conscient
  - Au Maroc, l'animal mordu le plus fréquent est le chien
  - Maladie à déclaration obligatoire
- > Au cours de l'encéphalite rabique :
  - Hydrophobie
  - Aérophobie
  - Hallucinations
  - Salivation excessive
  - Agitations psycho-motrice
- > En cas de morsure animale, les mesures qui doivent être mises en oeuvre :
  - Prophylaxie antitétanique
  - Vaccin antirabique
  - Antibiothérapie
- > Les mesures de prévention de la rage :
  - Lutte contre les chiens errants
  - Mise en observation de tout animal occasionnant une morsure
  - Injection d'immunoglobuline antirabique
  - Vaccination antirabique pour les animaux domestiques :
- > La chaîne de transmission du virus de la rage :
  - Porte d'entrée est cutanée
  - Porte de sortie est l'appareil digestif (salive)
  - La transmission peut être directe
  - Les chiens jouent un rôle dans la transmission
- > La chaîne de transmission de Leptospira :
  - Porte d'entrée est cutanée
  - Transmission peut être directe
  - Les rats jouent un rôle dans la transmission
- > La chaîne de transmission de Salmonella typhi :
  - Porte d'entrée est l'appareil digestif
  - La source de l'infection peut être un aliment souillé
  - Transmission peut être directe

-> La chaîne de transmission du *Mycobacterium tuberculosis* :

- Source est l'homme
- La transmission se fait par voie aérienne
- L'hôte potentiel est l'homme non vacciné par le BCG
- Porte de sortie de la bactérie est l'appareil respiratoire
- La source de l'infection peut être un malade tuberculeux

### III) Pr.Sodqi :

-> Les objectifs du TTT antirétroviral :

- Restauration de l'immunité cellulaire
- Réduction de la charge virale
- Réduction de la mortalité
- Réduction de la transmission du VIH

-> Les 2 germes le plus fréquemment responsables des méningites purulentes chez l'adulte sont :

- *Streptococcus pneumoniae*
- *Neisseria meningitidis*

-> Méningite à méningocoque :

- Méningite purulente avec purpura
- Porte d'entrée : rhino-pharyngite
- Peut évoluer par poussées épidémiques
- Peut être traité par l'amoxicilline
- Nécessite une chimioprophylaxie dans l'entourage du malade
- Peut se compliquer de surdité

-> Méningite à pneumocoque :

- Méningite purulente associée à une pneumopathie
- Peut se compliquer de troubles neurosensoriels
- Ne nécessite pas une chimioprophylaxie dans l'entourage du malade
- Porte d'entrée : Otite, Sinusite, Pneumopathie, Brèche ostéo-méningée
- Peut se compliquer de : surdité, abcès cérébral
- Peut être traité par : Ampicilline, Céphalosporines 3e génération, Vancomycine, Amoxicilline

-> Méningite virale :

- Méningite à liquide clair lymphocytaire
- Hyperprotéinorachie
- Normoglycorachie

-> Méningite tuberculeuse :

- Méningite à liquide clair lymphocytaire
- Hyperalbuminorachie
- Hypoglycorachie
- Peut se compliquer de troubles neurosensoriels et de paralysie oculo-motrice
- Peut se manifester par des troubles du comportement associés à une fièvre
- Est traité par l'association des antibacillaires pendant 9 mois

-> Les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse :

- Demi-vie longue
- Efficaces contre le VIH-1
- Peuvent entraîner des troubles psychiatriques
- Ont une faible barrière génétique

-> Concernant l'Amphotéricine B :

- Antifongique de la famille des polyènes
- Constitue le TTT de choix des mycoses profondes et opportunistes
- Son administration nécessite une prémédication
- Peut donner une insuffisance rénale

-> Concernant la Vancomycine :

- Est active sur le staphylocoque méticillino-résistant
- Elle a un spectre d'activité similaire à celui de la téichoplanine
- Elle est néphrotoxique

-> Les critères de décision de la prophylaxie post-exposition au VHB sont :

- Statut vaccinal de la victime d'AES par rapport au VHB
- Délai écoulé entre l'exposition et la consultation
- La présence d'antigène Hbs chez la source
- Le titre d'anticorps antiHbs chez la victime d'AES

-> La prophylaxie post-exposition au virus de l'hépatite C (VHC) :

- Surveillance clinique de la victime
- Surveillance du bilan hépatique

-> Le TTT de l'encéphalite herpétique :

- L'antiviral de référence est l'aciclovir
- L'antiviral doit être administré par voie intraveineuse (voie parentérale)
- La posologie pour un adulte est de 10-15 mg/kg toutes les 8h
- La posologie varie en cas d'insuffisance rénale
- Le malade doit être traité pendant 10j (à 14j)

-> Les infections qui nécessitent une bi-antibiothérapie :

- Brucellose
- Endocardite infectieuse
- Septicémie à *Pseudomonas aeruginosa*
- Septicémie : à bacille Gram négatif, à staphylocoque ou à germe non identifié

-> Les infections qui peuvent être traitées par le cotrimoxazole :

- Fièvre typhoïde
- Toxoplasmose cérébrale
- Pneumocystose

| Classification                                                              | Substance                                                                                                                                                                             | Classification                                      | Substance                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anti-rétroviraux inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse | <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'Efavirenz</li> <li>• Rilpivirine</li> <li>• Névirapine</li> </ul>                                                                          | Méningite purulente communautaire                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amoxicilline</li> <li>• Ceftriaxone</li> <li>• Thiamphénicol</li> <li>• Cefotaxime</li> </ul>         |
| Anti-rétroviraux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lamivudine</li> <li>• Zidovudine</li> <li>• Didanosine</li> <li>• Ténofovir</li> <li>• Abacavir</li> </ul>                                   | Infection urinaire                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciprofloxacine</li> <li>• Ofloxacine</li> <li>• Gentamicine</li> <li>• Ceftriaxone</li> </ul>         |
| Anti-rétroviraux inhibiteurs d'entrée du virus                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maraviroc</li> <li>• Enfuvirtide</li> </ul>                                                                                                  | Infection à germe anaérobie                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Métronidazole</li> <li>• Ornidazole</li> </ul>                                                        |
| Anti-rétroviraux inhibiteurs de l'intégrase                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolutégravir</li> <li>• Raltégravir</li> </ul>                                                                                               | Infection à staphylocoque                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Flucloxacilline</li> <li>• Amoxicilline + acide clavulanique</li> </ul>                               |
| Anti-rétroviraux inhibiteurs de la protéase du VIH                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lopinavir/Ritonavir</li> <li>• Darunavir</li> <li>• L'Atazanavir</li> </ul>                                                                  | Infections à Herpes simplex virus (HSV)             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aciclovir</li> <li>• Valaciclovir</li> </ul>                                                          |
| Anti-rétroviraux actifs contre le VIH et VHB                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ténofovir</li> <li>• Lamivudine</li> </ul>                                                                                                   | Infections à CMV cytomégalovirus                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Foscarnet (Foscavir)</li> <li>• Ganciclovir</li> <li>• Valganciclovir</li> <li>• Cidofovir</li> </ul> |
| Hépatite virale B (HVB)                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ténofovir (risque : IRA)</li> <li>• Lamivudine</li> <li>• L'Entecavir</li> <li>• L'interferon alpha 2a</li> </ul>                            | Glycopeptides                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vancomycine</li> <li>• Teicoplanine</li> </ul>                                                        |
| Hépatite virale C (VHC)                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sofosbuvir</li> <li>• Daclatasvir</li> <li>• Ribavirine</li> <li>• L'interféron pégylé alpha 2a</li> </ul>                                   | Aminosides                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gentamicine</li> <li>• Tobramycine</li> <li>• Amikacine</li> <li>• Streptomycine</li> </ul>           |
| Éliminés dans les urines sous forme active                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gentamicine</li> <li>• Norfloxacin</li> <li>• Amoxicilline</li> <li>• Ciprofloxacine</li> <li>• Ofloxacine</li> <li>• Ceftriaxone</li> </ul> | Macrolides ou Macrolides apparentés                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lincomycine</li> <li>• Spiramycine</li> <li>• Azithromycine</li> <li>• Erythromycine</li> </ul>       |
| Diffusent sous forme active dans la bile                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Céftriaxone</li> <li>• Chloramphénicol</li> <li>• Thiamphénicol</li> </ul>                                                                   | Béta-lactamines                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampicilline</li> <li>• Ceftriaxone</li> </ul>                                                         |
| Actifs sur les germes à développement intra-cellulaire                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Doxycycline</li> <li>• Erythromycine</li> </ul>                                                                                              | Céphalosporines                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ceftazidime</li> <li>• Céfotaxime</li> <li>• Céftriaxone</li> </ul>                                   |
| Temps-dépendant                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amoxicilline</li> <li>• Thiamphénicol</li> <li>• Céfotaxime</li> <li>• Flucloxacilline</li> </ul>                                            | Quinolones                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciprofloxacine</li> <li>• Ofloxacine</li> </ul>                                                       |
| Concentration-dépendant                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aminosides (Gentamicine)</li> <li>• Ciprofloxacine</li> <li>• Ofloxacine</li> <li>• Métronidazole</li> </ul>                                 | Néphrotoxiques                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gentamicine</li> <li>• Amikacine</li> <li>• Vancomycine</li> <li>• Colistine</li> </ul>               |
| Grossesse                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amoxicilline</li> <li>• Pénicilline G</li> <li>• Spiramycine</li> <li>• Ceftriaxone</li> </ul>                                               | Antifongiques qui peuvent se compliquer en hépatite | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fluconazole</li> <li>• Vriconazole</li> <li>• Ketoconazole</li> <li>• Itraconazole</li> </ul>         |
|                                                                             |                                                                                                                                                                                       | Hématotoxiques                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Thiamphénicol</li> <li>• Cotrimoxazole</li> </ul>                                                     |