

Traitement antimicrobiens des infections intra-abdominales

(Comité provincial de gérance des antimicrobiens des régions régionales de la santé du Nouveau-Brunswick, novembre 2015)

Origine/gravité de l'infection intra-abdominale	Pathogènes probables	Traitements empiriques privilégiés	Autres traitements empiriques	Commentaires
<p>Infection légère à modérée d'origine communautaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • c.-à-d. perforation gastro-duodénale, cholangite^a, cholécystite^a, appendicite, diverticulite^b, péritonite bactérienne primaire (spontanée) • Aucun signe de toxicité générale (score APACHEII moins de 15) 	<p>De base :</p> <p>Entérobactéries (c.a.d. <i>E. coli</i>, <i>Klebsiella</i>, <i>Proteus</i>, <i>Enterobacter</i>), anaérobies (c.à.d. <i>B. fragilis</i>, <i>Clostridium</i>), streptocoque ± entérocoque (voir ci-dessous la section en cas d'isolement)</p>	<p>céFAZolin 2 g IV q8h^{g,*} + métronIDAZOLE 500 mg IV/PO q12h^{a,b}</p> <p><u>Conversion de la voie IV à la voie orale^c :</u></p> <p>amoxicilline/clavulanate 875/125 mg PO q12h^{h,*}</p>	<p>cefOXitine 2 g IV q6h^{h,*}</p> <p>OU</p> <p>gentamicine 5 à 7 mg/kg IV q24h* + métronIDAZOLE 500 mg IV/PO q12h</p> <p>OU</p> <p>ciprofloxacine 400 mg IV ou 500 mg PO q12h* + métronIDAZOLE 500 mg IV/PO q12h</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Durée du traitement selon le tableau clinique : <ul style="list-style-type: none"> ○ Un traitement de 5 à 7 jours suffit habituellement avec contrôle de la source. ○ En cas d'abcès intra-abdominal, le traitement antimicrobien peut être prolongé (jusqu' à 4 à 6 semaines) selon la résolution. ○ Le jour de l'intervention (drainage ou chirurgie, etc) est considéré comme étant le jour 1 du traitement.
<p>Infection grave d'origine communautaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comme ci-dessus avec score APACHEII plus grand ou égale à 15, signes de toxicité générale, 70 ans ou plus, immunosuppression, péritonite secondaire, cancer, dénutrition ou contrôle incomplet ou retardé de la source 	<p>De base :</p> <p>Tel qu'indiqué ci-dessus</p>	<p>cefTRIAxone 2 g IV q24h^g + métronIDAZOLE 500 mg IV/PO q12h</p> <p><u>Conversion de la voie IV à la voie orale^c :</u></p> <p>Comme pour les infections légères à modérées ci-dessus.</p>	<p>pipéracilline/tazobactam 3.375 g IV q6h^{d,e,h,*}</p> <p>OU</p> <p>ampicilline 2 g IV q6h^{h,*} + gentamicine 5 à 7 mg/kg IV q24h* + métronIDAZOLE 500 mg IV q12h</p> <p>OU</p> <p>ciprofloxacine 400 mg IV q12h* + métronIDAZOLE 500 mg IV q12h</p>	<p><u>Cesser le traitement antibiotique dans les 24 heures dans les cas suivants :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Perforation aiguë de l'estomac, du duodénum ou du jéjunum adjacent en l'absence de thérapie réductrice d'acidité gastrique ou de cancer et en présence d'un contrôle de la source, OU • Perforation intestinale par trauma opérée en moins de 12 heures, OU • Contamination peri-opératoire du champ chirurgical par du contenu entérique, OU • Appendicite aiguë sans perforation, abcès, ni péritonite locale, OU • Patient subissant une cholécystectomie en raison d'une cholécystite aiguë, à moins d'infection à l'extérieur de la vésicule biliaire (p. ex. perforation).
<p>Infection associée aux soins de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation plus grande que 48 heures précédant le moment de la survenue de l'infection, hospitalisation récente prolongée, infection post-opératoire, soins de longue durée, réhabilitation, dialyse, foyer de soins, prise récente d'antibiotiques 	<p>De base :</p> <p>Tel qu'indiqué ci-dessus plus;</p> <p><i>Pseudomonas</i>, bactérie Gram négatif multi-résistante, SARM (voir ci-dessous la section en cas d'isolement)</p>	<p>pipéracilline/tazobactam 3.375 g IV q6h^{d,e,h,*}</p>	<p>imipénem-cilastatine 500 mg IV q6h^{e,g,*}</p> <p>(de choix, si présence soupçonnée d'une bactérie à Gram négatif multi-résistante)</p> <p>OU</p> <p>ciprofloxacine 400 mg IV q12 h* + métronIDAZOLE 500 mg IV q12h + vancomycine 15 mg/kg IV q12 h^{f,*}</p>	<p>(Continuation des commentaires de la section précédente)</p>

Origine/gravité de l'infection intra-abdominale	Pathogènes probables	Traitements empiriques privilégiés	Autres traitements empiriques	Commentaires
En cas d'infection soupçonnée à SARM (antécédent d'une infection ou colonisation à SARM)		Ajouter vancomycine 15 mg/kg IV q12h* (creux visé de 15 à 20 mg/L)		
En cas d'isolement de <i>Candida</i>		Ajouter fluconazole 800 mg IV/PO suivi de 400 mg IV/PO q24h*	micafungine 100 mg IV q24h	La micafungine est préférée si <i>C. krusei</i> ou <i>C. glabrata</i> sont isolés
En cas d'isolement d'entérocoque		Ajouter ampicilline 2 g IV q6h ^{h,*} (non nécessaire en cas de traitement avec pipéracilline/tazobactam ou imipénem-cilastatine)	Allergie immédiate de type IgE-médiée ou résistance à la pénicilline : vancomycine 15 mg/kg IV q12 h ^{f,*}	<ul style="list-style-type: none"> • Une couverture de l'entérocoque n'est pas nécessaire sauf s'il est isolé comme : <ul style="list-style-type: none"> ➢ organisme prédominant à la culture OU ➢ s'il est à l'origine d'une infection associée aux soins de santé OU ➢ si le patient est immunosupprimé OU ➢ si l'hémoculture est positive • Si l'<i>Enterococcus faecium</i> est isolé et les critères de traitement sont rencontrés, utilisez la vancomycine comme traitement empirique et réévaluer en fonction des résultats de susceptibilité

Conseils cliniques :

- Le traitement antimicrobien est complémentaire au contrôle de la source (p. ex. drainage ou chirurgie).
- Les patients ayant récemment été hospitalisés pendant une longue durée (5 jours ou plus) ou ayant récemment pris des antimicrobiens (2 jours ou plus) au cours des 3 derniers mois présentent un risque de résistance et d'échec du traitement. Il convient de les traiter comme s'ils présentaient une infection associée aux soins de santé.
- La couverture empirique des entérocoques n'est pas recommandée pour les infections intra-abdominales légères à modérées d'origine communautaire. Elle doit être réservée pour les patients chez qui ce pathogène est le plus fréquemment rencontré (infections associées aux soins de santé, notamment une infection post-opératoire, immunosuppression grave, infection récurrente, patient ayant reçu un traitement prolongé avec une céphalosporine et patient atteint de cardiopathie valvulaire ou porteur de dispositifs prosthétiques intra-vasculaires)
- MISE EN GARDE : Dans certaines régions du N.-B., la résistance de l'*E. coli* aux fluoroquinolones et à l'amoxicilline peut être supérieure à 20%; vérifier l'antibiogramme local et confirmer les résultats de la culture et de l'antibiogramme dès qu'ils sont disponibles.
- La thérapie doit être ciblée selon l'agent pathogène lorsque les résultats de la culture et de sensibilité sont disponibles

Bilan :

- Cultures du sang et du liquide d'abcès et cultures peri-opératoires recommandées chez les patients ayant contracté une infection à la suite d'une intervention chirurgicale ou atteints d'une infection associée aux soins de santé, chez ceux dont le traitement a échoué ou qui doivent subir de nouveau une intervention chirurgicale ou chez ceux qui ont récemment reçu un traitement antimicrobien.
- Des hémocultures sont recommandées si le patient est atteint d'un syndrome septicémique.
- Réévaluer le traitement empirique initial selon l'état clinique et les résultats de l'analyse microbiologique.

^a La couverture des anaérobies n'est pas indiquée en cas de cholécystite ou de cholangite, à moins d'être en présence d'une anastomose bilio-entérique ou facteurs aggravants (âge avancé, instabilité métabolique ou immunosuppression).

^b La plupart des cas de diverticulite peuvent être traités par une antibiothérapie orale.

^c Conversion de la voie IV à la voie orale : en tenant compte des éléments suivants : infection bien contrôlée, absence de fièvre pendant 24 heures, patient hémodynamiquement stable, patient capable de s'alimenter et absence de signe clinique, radiologique ou chirurgical de collection intra-abdominale non drainée de façon optimale.

^d Dans le cas d'une infection à *Pseudomonas aeruginosa*, la posologie de pipéracilline/tazobactam peut être augmentée à 4,5 g par voie IV toutes les 6 h.

^e La couverture des anaérobies est adéquate; l'ajout de métronidazole ou de clindamycine à la pipéracilline/tazobactam ou à l'imipénem-cilastatine n'est pas nécessaire

^f Ajuster la dose de vancomycine pour atteindre une concentration de creux 10 à 20 mg/L.

^g Traitement approprié chez les patients avec allergie immédiate d'hypersensibilité de type 1 (IgE-médiée) à la pénicilline (i.e. anaphylaxie, angioedème, œdème laryngé, urticaire)

^h Éviter si présence d'une réaction d'hypersensibilité immédiate (IgE-médiée) à la pénicilline car risque non-négligeable de réaction croisée

*Ajustement de la dose requis selon la fonction rénale

Références :

1. Ball, C., Hansen, G., Harding, G., Kirkpatrick, A., Weiss, K. & Zhanel, G. (2010). Canadian practice guidelines for surgical intra-abdominal infections. *Canadian Journal of Infectious Disease and Medical Microbiology*, 21(1), 11-37.
2. Doyle, J., Nathens, A., Morris, A., Nelson, S., & McLeod, R. (2011). Best practice in general surgery guideline #4: Management of Intra-abdominal infections. Toronto, ON: University of Toronto, Faculty of Medicine.
3. INESSS. Antibiotic Treatment Guide: Intra-abdominal Infections in Adults. June 2012
4. So, M. (2010). *Intra-abdominal infections education module*. Toronto, ON: Mount Sinai Hospital and University Health Network.
5. Solomkin, J., Mazuski, J., Bradley, J., *et al.* (2010). Diagnosis and management of complicated intra-abdominal infections in adults and children: Guidelines by the Surgical Infection Society and the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Disease*, 50 (15 January), 133-163.
6. Blondel-Hill E. & Fryters S. (2012). Bugs & Drugs. An Antimicrobial/Infectious Diseases Reference. Alberta Health Services.
7. Young-FAdok, T., & Pemberton, J. (2014). Treatment of acute diverticulitis. *UpToDate*. Retrieved from www.uptodate.com.
8. Antimicrobial Stewardship Treatment Guidelines for Common Infections. 1st Edition Vancouver Coastal Health. March 2011
9. Antimicrobial Handbook – 2012. Editor: Dr Kathy Slayter. Antimicrobial Agents Subcommittee. Capital Health, Nova Scotia
10. Sawyer RG, Claridge JA, Nathens AB, Rotstein OD, Duane TM *et al.* Trial of Short-Course Antimicrobial Therapy for Intraabdominal Infection. *N Engl J Med* 2015;372(21):1996