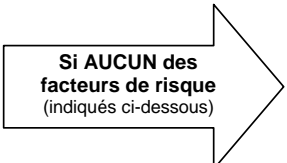
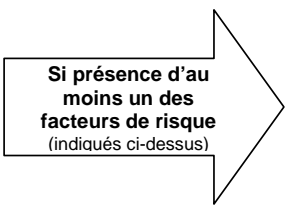


Traitement antimicrobien de la pneumonie acquise sous ventilation assistée (PAV)

(Comité provincial de gérance des antimicrobiens des régions de la santé du Nouveau-Brunswick, mai 2018)

Définition: Pneumonie qui apparaît 48 heures ou plus après l'intubation endotrachéale. Pathogènes probables: <i>S. aureus</i> (SASM ou SARM), bacilles Gram négatif (p. ex. <i>E. coli</i> , <i>K. pneumoniae</i> , <i>P. aeruginosa</i> , <i>A. baumannii</i>) Analyses microbiologiques (toujours demander): Hémocultures x 2 séries + aspiration endotrachéale pour culture		
Stratification du risque	Traitements empiriques privilégiés ^{oo}	Commentaires
<p style="text-align: center;">  Si AUCUN des facteurs de risque (indiqués ci-dessous) </p>	<p style="text-align: center;"> <u>Première ligne</u> pipéracilline-tazobactam 4,5 g IV q6h* </p> <p style="text-align: center;"> <u>Si véritable allergie immédiate à la pénicilline[^]</u> méropénème 500 mg IV q6h* </p> <p style="text-align: center;"> <u>Si réaction retardée grave à une bêta-lactamine[†]</u> lévoFLOxacine 750 mg IV q24h* + tobramycine 7 mg/kg IV q24h* </p>	<ul style="list-style-type: none"> • Considérer l'ajout empirique de la vancomycine (creux cible: 15-20 mg/L) chez les patients avec choc septique nécessitant des vasopresseurs ou ayant un facteur de risque pour le SARM: <ul style="list-style-type: none"> ○ antécédents d'infections ou de colonisation avec le SARM ○ utilisation de drogues injectables ○ itinérance ○ membres de communautés des Premières nations ○ incarcération ○ voyage récent à une région où le SARM est endémique • Si antécédents d'infections ou colonisation avec bacilles Gram négatif produisant des bêta-lactamases de type AmpC ou BLSE («ESBL»), favoriser l'utilisation empirique du méropénème.
<p> Facteurs de risque pour pathogènes multirésistants ou détérioration clinique <input type="checkbox"/> Choc septique nécessitant des vasopresseurs <input type="checkbox"/> Utilisation d'antibiotiques IV dans les derniers 90 jours <input type="checkbox"/> Immunosuppression <input type="checkbox"/> Maladie pulmonaire chronique (p. ex. bronchiectasies, fibrose kystique) <input type="checkbox"/> Thérapie de remplacement rénale aiguë avant l'apparition de PAV <input type="checkbox"/> Hospitalisation depuis au moins 5 jours avant l'apparition de PAV <input type="checkbox"/> Syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA/ARDS) avant l'apparition de PAV </p>	<p style="text-align: center;"> <u>Première ligne</u> pipéracilline-tazobactam 4,5 g IV q6h* + 2^e agent antipseudomonal (+/- vancomycine 25 mg/kg IV x 1 dose, ensuite 15 mg/kg IV q8h* ; voir commentaires) </p> <p style="text-align: center;"> <u>Si véritable allergie immédiate à la pénicilline[^]</u> méropénème 500 mg IV q6h* + 2^e agent antipseudomonal (+/- vancomycine 25 mg/kg IV x 1 dose, ensuite 15 mg/kg IV q8h* ; voir commentaires) </p> <p style="text-align: center;"> <u>Si réaction retardée grave à une bêta-lactamine[†]</u> lévoFLOxacine 750 mg IV q24h* + tobramycine 7 mg/kg IV q24h* + vancomycine 25 mg/kg IV x 1 dose, ensuite 15 mg/kg IV q8h* </p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si le patient a reçu un antibiotique au cours des 3 derniers mois, favoriser une classe d'antibiotique différente, indépendamment du succès clinique. • Le deuxième agent antipseudomonal devrait provenir d'une classe différente. Il peut inclure: <ul style="list-style-type: none"> ○ tobramycine 7 mg/kg IV q24h* ○ ciprofloxacine 400 mg IV q8h*
<p style="text-align: center;">  Si présence d'au moins un des facteurs de risque (indiqués ci-dessus) </p>	<p style="text-align: center;"> <u>Première ligne</u> pipéracilline-tazobactam 4,5 g IV q6h* + 2^e agent antipseudomonal (+/- vancomycine 25 mg/kg IV x 1 dose, ensuite 15 mg/kg IV q8h* ; voir commentaires) </p> <p style="text-align: center;"> <u>Si véritable allergie immédiate à la pénicilline[^]</u> méropénème 500 mg IV q6h* + 2^e agent antipseudomonal (+/- vancomycine 25 mg/kg IV x 1 dose, ensuite 15 mg/kg IV q8h* ; voir commentaires) </p> <p style="text-align: center;"> <u>Si réaction retardée grave à une bêta-lactamine[†]</u> lévoFLOxacine 750 mg IV q24h* + tobramycine 7 mg/kg IV q24h* + vancomycine 25 mg/kg IV x 1 dose, ensuite 15 mg/kg IV q8h* </p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si le patient a reçu un antibiotique au cours des 3 derniers mois, favoriser une classe d'antibiotique différente, indépendamment du succès clinique. • Le deuxième agent antipseudomonal devrait provenir d'une classe différente. Il peut inclure: <ul style="list-style-type: none"> ○ tobramycine 7 mg/kg IV q24h* ○ ciprofloxacine 400 mg IV q8h*
Durée de traitement		
<ul style="list-style-type: none"> • Favorisez un traitement pour pas plus de 7 jours si bonne réponse clinique, indépendamment de l'étiologie bactérienne. • Le traitement pourrait être prolongée pour plus de 7 jours dans certains cas (p. ex. empyème, infections extra-pulmonaires, bactériémie à <i>S. aureus</i>, immunosuppression, etc.) 		

(Suite à la page suivante)

Conseils cliniques

- Comparativement aux durées de traitement standards de 10 jours et plus, des études récentes démontrent que les traitements de 7 jours étaient associés avec une réduction des récurrences causées par les pathogènes multirésistants SANS nuire au taux de mortalité.
- Pour éviter l'utilisation prolongée des antibiotiques à large spectre, il est essentiel de réduire le spectre antimicrobien («*de-escalation*») selon les résultats des analyses microbiologiques.
- Le rôle des antimicrobiens dans le traitement de la trachéobronchite acquise sous ventilateur[¶] est controversé. Considérez de débiter un traitement antimicrobien si détérioration clinique (p. ex. hypoxémie progressive).
- La double couverture empirique du *Pseudomonas aeruginosa* vise de maximiser la probabilité d'avoir au moins un agent actif (en raison du risque élevé de résistance). Si le *Pseudomonas* est isolé, viser la monothérapie (selon les sensibilités). *** L'utilisation des aminosides (p. ex. tobramycine et gentamicine) en monothérapie pour le traitement de la pneumonie est déconseillée (même si la susceptibilité est confirmée).
- NE PAS utiliser la DAPTOmycine pour traiter une pneumonie; la DAPTOmycine est inactivée par le surfactant pulmonaire. Si infection à SARM, favoriser la vancomycine (ou le linézolide si la vancomycine est inefficace ou inappropriée).
- Le dosage en série de la procalcitonine (si disponible), en combinaison avec l'évaluation clinique, peut aider dans la décision de discontinuer les antibiotiques.

* Ajustement de la dose requis selon la fonction rénale.

∞ Utiliser le traitement approprié lorsque la cause microbienne de l'infection est connue.

◊ Les allergies immédiates sont médiées par les IgE et incluent, sans s'y limiter, anaphylaxie, urticaire, angioœdème, hypotension, bronchospasme, stridor, éruption prurigineuse.

‡ Les réactions graves d'hypersensibilité retardée aux bêta-lactamines sont causées par des mécanismes qui ne sont pas bien connus et nécessitent d'éviter l'utilisation ultérieure des bêta-lactamines. Les réactions graves d'hypersensibilité retardée peuvent inclure: néphrite interstitielle, hépatite auto-immune, anémie hémolytique, maladie sérique, réactions cutanées graves comme le syndrome de Stevens-Johnson, la nécrolyse épidermique toxique, le syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse [syndrome DRESS].

¶ Trachéobronchite acquise sur ventilateur: fièvre sans autre cause identifiable avec sécrétions purulentes plus importantes, culture d'aspiration endotrachéale positive et ABSENCE de pneumonie à la radiographie pulmonaire.