

Traitement antimicrobiens des infections intra-abdominales

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

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>céfuroxime 1,5 g IV q8h^{f,*} + métronIDAZOLE 500 mg IV/PO q12h^{a,b}</p> <p>Conversion de la voie IV à la voie orale^c :</p> <p>amoxicilline/clavulanate 875/125 mg PO q12h^{g,*}</p> <p>OU</p> <p>céfuroxime axétil 500 mg PO q8h^{f,*} + métronIDAZOLE 500 mg PO q12h</p>	<p>ciprofloxacine 400 mg IV ou 500 mg PO q12h[*] + métronIDAZOLE 500 mg IV/PO q12h</p> <p>OU</p> <p>aminoside (tobramycine OU gentamicine) 5 à 7 mg/kg IV q24h[*] + métronIDAZOLE 500 mg IV/PO q12h</p> <p>OU</p> <p>cefOXitine 2 g IV q6h^{g,*}</p>	<p>Durée du traitement:</p> <ul style="list-style-type: none"> Un traitement de 5 à 7 jours si contrôle de la source. Le jour de l'intervention (p. ex. drainage, chirurgie, etc) est considéré comme étant le jour 1 du traitement. En cas d'abcès intra-abdominal non-résolu après drainage optimal, ou si drainage impossible : le traitement antimicrobien peut être prolongé (jusqu'à 4 à 6 semaines) selon la résolution radiologique.
<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 (voir ci-dessus)</p>	<p>cefTRIAxone 2 g IV q24h^f + métronIDAZOLE 500 mg IV / PO q12h</p> <p>Conversion de la voie IV à la voie orale^c :</p> <p>Comme pour les infections légères à modérées ci-dessus.</p>	<p>pipéracilline/tazobactam 3.375 g IV q6h^{d,e,g,*}</p> <p>OU</p> <p>lévoFLOxacine 750 mg IV q24h[*] + métronIDAZOLE 500 mg IV q12h</p> <p>OU</p> <p>ampicilline 2 g IV q6h^{g,*} + aminoside (tobramycine OU gentamicine) 5 à 7 mg/kg IV 24h[*] + métronIDAZOLE 500 mg IV q12h</p>	<p>Cesser le traitement antibiotique dans les 24 heures dans les cas suivants :</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, tel qu'indiqué ci-dessus plus:</p> <p><i>Pseudomonas</i>, bactérie Gram négatif multi-résistante, <i>S aureus</i></p>	<p>pipéracilline/tazobactam 4.5 g IV q6h^{d,e,g,*}</p>	<p>méropénème 500 mg IV q6h^{e,f,*} (de choix, si présence soupçonnée d'une bactérie Gram négatif multi-résistante)</p> <p>OU</p> <p>ciprofloxacine 400 mg IV q8h[*] + métronIDAZOLE 500 mg IV q12h + vancomycine 15 mg/kg IV q12h^{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 au SARM, ou si SARM isolé (antécédent d'une infection ou colonisation au SARM)		Ajouter : Vancomycine 15 mg/kg IV q8-12h* (creux visé de 10 à 15 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		<u>Si <i>Enterococcus faecalis</i> isolé,</u> <u>ajouter:</u> ampicilline 2 g IV q6h ^{g,*} (non nécessaire en cas de traitement avec pipéracilline/tazobactam ou imipénème-cilastatine) <u>Si <i>Enterococcus faecium</i> isolé,</u> <u>ajouter:</u> vancomycine 15 mg/kg IV q12h* (creux visé de 10 à 15 mg/L)	<u>Allergie immédiate de type IgE-médié ou résistance à la pénicilline :</u> vancomycine 15 mg/kg IV q12h* (creux visé de 10 à 15 mg/L)	<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</i> résistant à la vancomycine (ERV) est isolé, les options de traitement comprennent linézolide^h ou DAPTOmycine^h.

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 prothétiques 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 au méropénème n'est pas nécessaire

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

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

^h Une discussion est de mise avec un infectiologue, un médecin microbiologiste ou un interniste avec une expertise en maladies infectieuses.

* 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
11. Smith SE, Rumbaugh KA, & May AK. Evaluation of a Short Course of Antimicrobial Therapy for Complicated Intra-Abdominal Infections in Critically Ill Surgical Patients. *Surgical Infections* 2017; 18 (6): 742-750
12. Hassinger TE *et al.* Longer-Duration Antimicrobial Therapy Does Not Prevent Treatment Failure in High-Risk Patients with Complicated Intra-Abdominal Infections. *Surgical Infections* 2017; 18 (6): 659-663