

Traitement antimicrobien empirique de l'infection du pied diabétique

(Comité provincial de gérance des antimicrobiens des régions régionales de la santé du N.-B. – Septembre 2019)

Gravité de l'infection	Schémas empiriques privilégiés	Schémas de rechange	Commentaires
Légère <ul style="list-style-type: none"> Cellulite de moins de 2 cm sans atteinte des tissus plus profonds Sans menace pour le membre Aucun signe de septicémie 	<p>Plaie d'une durée de moins de 4 semaines^d</p> <ul style="list-style-type: none"> céphalexin 500 à 1000 mg PO q6h^{*.a} OU céfadroxil 500 à 1000 mg PO q12h^{*.a} <p>Allergie immédiate aux bêta-lactamines à risque de réaction croisée avec la céphalexine ou le céfadroxil:</p> <ul style="list-style-type: none"> céfuroxime 500 mg PO q8–12h^{*.b} 	<p>Plaie d'une durée de moins de 4 semaines^e</p> <ul style="list-style-type: none"> clindamycine 300 à 450 mg PO q6h (uniquement en cas d'allergie sévère retardée aux bêta-lactamines) <p>Infection à SARM suspectée:</p> <ul style="list-style-type: none"> doxycycline 200 mg PO pour 1 dose ensuite 100 mg PO q12h OU sulfaméthoxazole+triméthoprim 800+160 mg à 1600+320 mg PO q12h^{*.f} 	<ul style="list-style-type: none"> Prise en charge des patients en consultation externe recommandée Adapter le schéma en fonction des résultats des analyses microbiologiques, des épreuves de sensibilité et de l'évolution du patient
	<p>Plaie d'une durée de plus de 4 semaines^d</p> <ul style="list-style-type: none"> amoxicilline+clavulanate 875+125 mg PO q12h^{*.c} OU céfuroxime 500 mg PO q8–12h^{*.b} + métronIDAZOLE 500 mg PO q12h 	<p>Plaie d'une durée de plus de 4 semaines^e et infection à SARM suspectée:</p> <ul style="list-style-type: none"> doxycycline 200 mg PO pour 1 dose ensuite 100 mg PO q12h + métronIDAZOLE 500 mg PO q12h OU sulfaméthoxazole+triméthoprim 800+160 mg à 1600+320 mg PO q12h^{*.f} + métronIDAZOLE 500 mg PO q12h 	
Moyenne <ul style="list-style-type: none"> Cellulite de plus de 2 cm ou atteinte des tissus plus profonds Sans menace pour le membre Aucun signe de septicémie 	<p>Plaie d'une durée de moins de 4 semaines^d</p> <ul style="list-style-type: none"> céFAZoline 2 g IV q8h^{*.b} OU cefTRIAxone 2 g IV q24h^b (pour la prise en charge des patients externe lorsqu'il est impossible de procéder à l'administration ambulatoire de la céFAZoline) 	<p>Plaie d'une durée de moins de 4 semaines^e</p> <ul style="list-style-type: none"> lévoFLOxacine 750 mg IV/PO q24h[*] <p>Infection à SARM suspectée:</p> <ul style="list-style-type: none"> vancomycine 25 à 30 mg/kg IV x 1 dose ensuite 15 mg/kg IV q8–12h (ajustée en fonction des niveaux sériques minimale (creux) de 10 à 15 mg/L)[*] 	<ul style="list-style-type: none"> Prise en charge initiale avec un traitement parentéral ambulatoire avant de passer rapidement à un traitement par voie orale après 48 à 72 heures en fonction de l'évolution du patient est recommandée Adapter le schéma en fonction des résultats des analyses microbiologiques, des épreuves de sensibilité et de l'évolution du patient
	<p>Plaie d'une durée de plus de 4 semaines^d</p> <ul style="list-style-type: none"> céFAZoline 2 g IV q8h^{*.b} + métronIDAZOLE 500 mg PO q12h OU cefTRIAxone 2 g IV q24h^b + métronIDAZOLE 500 mg PO q12h 	<p>Plaie d'une durée de plus de 4 semaines^e</p> <ul style="list-style-type: none"> lévoFLOxacine 750 mg IV/PO q24h[*] + métronIDAZOLE 500 mg PO q12h <p>Infection à SARM suspectée. ajouter :</p> <ul style="list-style-type: none"> vancomycine 25 à 30 mg/kg IV x 1 dose, ensuite 15 mg/kg IV q8–12h (ajustée en fonction des niveaux sériques minimale (creux) de 10 à 15 mg/L)[*] 	

Gravité de l'infection	Schémas empiriques privilégiés	Schémas de rechange	Commentaires
Sevère <ul style="list-style-type: none"> • Signes de septicémie • Menace pour le pied • Atteinte étendue des tissus mous ou des tissus plus profonds (p. ex. os, articulations ou espaces entre les tendons) • Pied sans pouls 	<ul style="list-style-type: none"> • pipéracilline+tazobactam 4,5 g IV q6h^{*,c} Infection à SARM suspectée. ajouter : <ul style="list-style-type: none"> • vancomycine 25 à 30 mg/kg IV pour 1 dose ensuite 15 mg/kg IV q8–12h (ajustée en fonction des niveaux sériques minimale (creux) de 10 à 15 mg/L)* 	<ul style="list-style-type: none"> • méropénème 500 mg IV q6h^{*,b} OU • lévoFLOxacine 750 mg IV q24h* + métronIDAZOLE 500 mg IV/PO q12h Infection à SARM suspectée. ajouter : <ul style="list-style-type: none"> • vancomycine 25 à 30 mg/kg IV x 1 dose ensuite 15 mg/kg IV q8–12h (ajustée en fonction des niveaux sériques minimale (creux) de 10 à 15 mg/L)* 	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge des patients en milieu hospitalier recommandée • Évaluation vasculaire urgente en cas de pied sans pouls • Adapter le schéma en fonction des résultats des analyses microbiologiques, des épreuves de sensibilité et de l'évolution du patient

Durée du traitement et voie d'administration – selon le site, la sévérité et l'étendue de l'infection et selon d'autres facteurs spécifiques au patient, comme le degré de la prise en charge chirurgicale et le statut vasculaire.

Site de l'infection, par sévérité ou étendue	Voie d'administration	Durée du traitement	Commentaires
Tissus mous seulement			
<u>Légère</u>	Voie orale	De 1 à 2 semaines	
<u>Modérée</u>	Traitement initial par voie parentérale avant de passer rapidement à un traitement par voie orale dans les 48 à 72 heures	De 1 à 2 semaines	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilité de prolonger le traitement en cas de résorption lente
<u>Sévère</u>	Traitement initial par voie parentérale, puis passer à un traitement oral si possible	De 2 à 4 semaines	<ul style="list-style-type: none"> • Recommandation : Prolonger la durée de traitement et administrer par voie IV pour les infections étendues atteignant les tissus plus profonds (p. ex. espaces entre les tendons)
Atteinte osseuse ou articulaire			
<u>Aucun tissu infecté résiduel</u> (p. ex. postamputation)	Voie parentérale ou orale	De 2 à 5 jours postamputation	
<u>Tissu mou infecté résiduel</u> (mais aucun os atteint)	Voie parentérale ou orale	De 1 à 4 semaines	<ul style="list-style-type: none"> • Recommandation : Prolonger la durée de traitement et administrer par voie IV en cas de sévérité et en cas d'infections atteignant les tissus plus profonds (p. ex. espaces entre les tendons)
<u>Os infecté résiduel, mais viable</u> (résection chirurgicale incomplète)	Traitement parentéral (passer à la voie orale seulement en présence d'une biodisponibilité élevée et d'une pénétration osseuse satisfaisante)	De 4 à 6 semaines	
<u>Aucun débridement chirurgical ou nécrose osseuse résiduelle postopératoire</u>	Traitement parentéral initial, puis envisager une transition à la voie orale	Supérieure ou égale à 3 mois (p. ex. 6 semaines par voie IV, suivi par 6 semaines par la voie PO)	

Conseils cliniques

- Le débridement, le contrôle glycémique satisfaisant, les soins des plaies appropriés, l'évaluation vasculaire et la cessation tabagique sont essentiels pour la prise en charge des infections du pied diabétique.
- Pour une plaie cliniquement infectée, si le test "Probe-to-bone" est positif, ceci suggère fortement la présence d'une ostéomyélite.
- Imagerie: simple radiographie recommandée (l'imagerie isotopique est généralement pas nécessaire)
- Cultures: il est préférable d'effectuer le prélèvement d'échantillons de tissus après le nettoyage et le débridement de la plaie; les prélèvements par écouvillonnage de surface ou par drainage de plaie ne sont pas recommandés.
- Tenir compte des résultats de microbiologie de la plaie avant de choisir un traitement empirique
- Facteurs de risque pour le SARM : colonisation actuelle ou antérieure au SARM, contact avec un individu colonisé par le SARM, usage de drogues IV, itinérance, incarcération, voyage récent dans une région ou séjour dans une communauté endémique au SARM
- ^a Éviter si présence d'une vraie réaction d'hypersensibilité immédiate (IgE-médiée) entre les bêta-lactamines pour lesquelles le risque potentiel de réactions croisée avec la céphalexine ou la céfadroxil (c.à.d allergies à l'ampicilline, l'amoxicilline, le céfador ou la ceftazidime)
- ^b Traitement approprié chez les patients avec allergie immédiate d'hypersensibilité de type-1 (IgE-médiée) à la pénicilline (p.ex. anaphylaxie, angioedème, œdème laryngé, urticaire)
- ^c Éviter si présence d'une réaction d'hypersensibilité immédiate de type-1 (IgE-médiée) à la pénicilline car risque non-négligeable de réaction croisée
- ^d Les agents pathogènes de base habituels des infections aiguës (c'est-à-dire moins de 4 semaines) incluent: bactéries à Gram positif, tels que les *streptocoques* bêta-hémolytiques et *Staphylococcus aureus*
- ^e Les principaux agents pathogènes courants pour les infections chroniques ou plus complexes (c'est-à-dire plus de 4 semaines) comprennent: les bactéries à Gram positifs et Gram négatifs ainsi que les anaérobies
- ^f Faites preuve de prudence et considérer d'éviter l'utilisation chez les patients présentant une insuffisance rénale préexistante, chez les personnes âgées ou recevant un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine, de l'amiloride ou de la spironolactone en raison du risque d'hyperkaliémie.

*ajustement de la dose requis selon la fonction rénale.

Références:

1. Bowering K, Embil JM. Canadian Diabetes Association 2013 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada: Foot Care. Can J Diabetes 37(2013) S145-S149
2. Lipsky BA, Berendt AR, Cornia PB et al. 2012 Infectious Disease Society of America Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Diabetic Foot Infections. CID 2012;54(12):132-173
3. Lipsky BA, Armstrong DG, Citron DM et al. Ertapenem versus piperacillin/tazobactam for diabetic foot infections (SIDESTEP): prospective, randomized, controlled, double-blinded, multicentre trial. Lancet 2005; 366:1695 – 1703
4. Blond-Hill E, Fryters S. Bugs & Drugs An Antimicrobial/Infectious Diseases Reference. 2012. Alberta Health Services