



GUIDE DE TRAITEMENTS DES INFECTIONS INTRA-ABDOMINALES CHEZ LES ADULTES

RÉDIGÉ PAR :

DR GILBERT CÉRAT, MICROBIOLOGISTE-INFECTIOLOGUE
LYSANE SENÉCAL, PHARMACIENNE

EN COLLABORATION AVEC :

DR PATRICE LAMOUREUX, CHIRURGIEN

APPROUVÉ : COMITÉ DE PHARMACOLOGIE (10 NOVEMBRE 2005) ET EXÉCUTIF DU CMDP (13 AVRIL 2006)

PÉRITONITE PRIMAIRE

DÉFINITION :

 Péritonite bactérienne spontanée.

FLORE :

- ▶ Souvent due à un seul pathogène :
 - ↳ E. coli, Klebsiella sp, S. aureus, Enterococcus, Streptococcus
-

TRAITEMENT EMPIRIQUE :

- Céphalosporine 3^e génération :
 - ✓ Ceftriaxone 1-2 g iv q 24 h (34,85 \$ - 68,67 \$)
 - ✓ Céfotaxime 2 g iv q 8 h (36,48 \$)
 - Ciprofloxacin 400 iv q 12 h (si allergie aux β -lactames) (67,66 \$)
-

INFECTION SÉVÈRE :

- Pipéracilline-tazobactam 4g iv q 8 h (65,19 \$)
 - Imipénem 500 mg iv q 6 h (consultation en microbiologie-infectiologie) (99,96 \$)
-

DURÉE DE TRAITEMENT :

- ▶ Si grande suspicion de péritonite 1^o (même si culture est stérile); continuer le traitement.
- ▶ Amélioration devrait être notée en 24-48 heures, sinon revoir le diagnostic.
- ▶ Durée totale :
 - Ad 10-14 jours si hémoculture (+)
 - Un traitement plus court est possible \leq 5 jours si ponction du liquide d'ascite (après 48 heures d'antibiothérapie) est stérile et PMN $<$ 250/mm³.

PÉRITONITE SECONDAIRE (ACQUISE EN COMMUNAUTÉ), TERTIAIRE (NOSOCOMIALE) ET DIVERTICULITE

FLORE MULTIPLE :

- ↳ **Aérobies :** Entérobactéries, Streptococcus, Staphylococcus, Enterococcus
 - ↳ **Anaérobies :** Flore mixte : Bactéroïdes sp, Streptococcus, Clostridium
-

TRAITEMENT EMPIRIQUE :

À noter qu'aucun des traitements suggérés ne se sont avérés supérieurs les uns par rapport aux autres. Les régimes suggérés sont placés en ordre préférentiel en tenant compte du coût \$, des effets indésirables et de la facilité d'administration.

▶ **Péritonite légère à modérée, appendicite compliquée et diverticulite (acquise en communauté) :**

- Céfazoline 1-2 g iv q 8 h + métronidazole 500 mg iv q 8 h (7,66 \$ à 11,50 \$)
- Ertapénem 1 g iv q 24 h (très utile si traitement iv ambulatoire ou si intolérance au métronidazole) (ne couvre pas Pseudomonas et Enterococcus) (52,25 \$)

Si allergie aux β -lactames :

- Ciprofloxacine 400 mg iv q 12 h + métronidazole 500 mg iv q 8 h (71,47 \$)

* *Si allergie (ou intolérance) au métronidazole alors clindamycine est une alternative.*

▶ **Péritonite sévère (choc, sepsis sévère, instabilité hémodynamique) ou Péritonite tertiaire (infection en postopératoire ou hospitalisation prolongée)**

- Pipéracilline-tazobactam 4 g iv q 8 h (65,19 \$)
- Céphalosporine 3^e génération :
 - ✓ Céfotaxime 2 g iv q 8 h + métronidazole 500 mg iv q 8 h (40,26 \$)
 - ✓ Ceftriaxone 1-2 g iv q 24 h + métronidazole 500 mg iv q 8 h (42,26-\$ à 72,48 \$)
- Imipénem 500 mg iv q 6 h (consultation en microbiologie-infectiologie) (99,96 \$)

Si allergie aux β -lactames :

- Ciprofloxacine 400 mg iv q 12h + métronidazole 500 mg iv q 8h (71,47 \$)

* *Si allergie (ou intolérance) au métronidazole alors clindamycine est une alternative.*

** Il est particulièrement important pour la péritonite sévère, de faire un prélèvement pour culture afin d'ajuster l'antibiothérapie selon le résultat des sensibilités.*

DURÉE DE TRAITEMENT :

- ▶ 7 à 10 jours dans les cas de diverticulite si aucune chirurgie n'est nécessaire. Pour les patients ambulants avec symptômes légers à modérés et pour qui une prise orale est possible, voir les choix pour la thérapie séquentielle ci-dessous. Sinon, un passage de la voie iv à orale après 48-72 heures si la situation clinique le permet (GB normalisés, amélioration clinique, intégrité a/n de l'absorption GI).
- ▶ 5-7 jours postopératoires ou drainage, débridement. À noter lors de péritonite tertiaire, le traitement peut se poursuivre plus de 7 jours (surtout chez le patient ayant eu plusieurs échecs aux traitements précédents). Le traitement peut être cessé selon l'évolution. Privilégier thérapie séquentielle : si patient afébrile x 48 heures, GB normalisés, amélioration clinique et intégrité a/n de l'absorption GI.

CHOIX DE THÉRAPIE SÉQUENTIELLE : (Selon le choix d'antibiotique intraveineux utilisé initialement, ou selon le résultat de l'antibiogramme)

- Céfadroxil 500 mg 1-2 co q 12 h + métronidazole 500 mg po q 8 h (1,33 \$ - 2,50 \$)
- Amoxicilline–ac. clavulanique 125/500 mg po q 8 h (ou 875 mg q 12 h en externe) (1,98 \$)
- Ciprofloxacine 500 mg po q 12 h + métronidazole 500 mg po q 8 h (1,22 \$)
- TMP-SMX 800/160 mg po q 12 h + métronidazole 500 mg po q 8 h (0,30 \$)

PANCRÉATITE SÉVÈRE NÉCROSANTE

Flore :

- ↳ **Aérobies :** Entérobactéries, Pseudomonas, Enterococcus, Streptococcus
 - ↳ **Anaérobies :** Flore mixte : Bactéroïdes sp, Streptococcus, Clostridium
-

▶ **Pancréatite aiguë sévère nécrosante :**

- Imipenem 500 mg iv q 6 h (consultation en gastro-entérologie et microbiologie-infectiologie) **(99,96 \$)**
- Ciprofloxacin 400 mg iv q 12 h + métronidazole 500 mg iv q 8 h **(71,47 \$)**
- Céphalosporine de 3^e génération :
 - ✓ Ceftazidime 2 g iv q 8 h + métronidazole 500 mg iv q 8 h **(38,37 \$)**
 - ✓ Céfotaxime 2 g iv q 8 h + métronidazole 500 mg iv q 8 h **(40,26 \$)**
 - ✓ Ceftriaxone 1-2 g iv q 24 h + métronidazole 500 mg iv q 8 h **(42,26 \$ - 72,48 \$)**

(Les aminosides ne pénètrent pas vraiment bien dans ces tissus.)

N.B. Il n'y a pas de recommandation ferme concernant l'antibiothérapie dans la pancréatite aiguë. Toutefois, il semble se dégager un consensus pour l'administration d'antibiotique dans la pancréatite aiguë nécrosante sévère, de façon empirique. En général, les antibiotiques qui sont utilisés pour les autres types d'infections intra-abdominales sont appropriés pour le traitement empirique de la pancréatite nécrosante infectée. L'antibiothérapie est à réviser selon le résultat de la culture et de l'antibiogramme d'une aspiration per cutanée de matériel pancréatique nécrotique ou abcédé ou d'un prélèvement per opératoire.

DURÉE DE TRAITEMENT :

- ▶ 1 à 4 semaines selon l'évolution.

CHOLÉCYSTITE ET CHOLANGITE

FLORE MULTIPLE :

- ✦ **Aérobies :** Entérobactéries, Enterococcus, Streptococcus sp.
- ✦ **Anaérobies :** Les anaérobies sont surtout retrouvés chez les patients âgés, patients gravement malades, patients ayant subi une anastomose (voies biliaires -tube digestif).

NOTE : Une cholécystite aiguë est souvent inflammatoire (donc pas toujours infectieuse). Si une infection est suspectée, basée sur des signes cliniques soit : leucocytose, fièvre, tachycardie, hypotension, détérioration clinique ou aucune amélioration après 12 heures de traitement conservateur, alors une antibiothérapie doit être amorcée. Il faut également traiter une cholécystite avec complication soit emphysémateuse, gangreneuse, perforée.

TRAITEMENT EMPIRIQUE :

À noter qu'aucun des traitements suggérés ne se sont avérés supérieurs les uns par rapport aux autres. Les régimes suggérés sont placés en ordre préférentiel en tenant compte du coût \$, des effets indésirables et de la facilité d'administration... Le traitement pourra être révisé à la lumière des résultats de culture et d'antibiogramme s'il y a lieu.

- ▶ **Cholécystite aiguë légère** (si antibiothérapie indiquée, voir note) :
 - Céfazoline 1-2 g iv q 8 heures (3,85 \$- 7,70 \$)

 - ▶ **Cholécystite sévère et cholangite :**
 - Pipéracilline-tazobactam 4 g iv q 8 h (65,19 \$)
 - Ertapénem 1 g iv q 24 h (52,25 \$)
 - Céphalosporines de 3^e génération :
 - ✓ Céfotaxime 2 g iv q 8 h + métronidazole 500 mg iv q 8 h (40,26 \$)
 - Imipenem 500 mg iv q 6 h (consultation en microbiologie-infectiologie) (99,96 \$)
- Si allergie aux β -lactames :*
- Ciprofloxacine 400 mg iv q 12h + métronidazole 500 mg iv q 8h (71,47 \$)

DURÉE DE TRAITEMENT :

- ▶ 24 heures en post-chirurgie si cholécystite aiguë ou gangréneuse, sans perforation.
 - ▶ Pour la cholécystite perforée ou emphysemateuse, voir durée de traitement de la péritonite secondaire.
 - ▶ Pour la cholangite, 7 à 10 jours et jusqu'à 14 jours si septicémie.
 - ▶ Lorsque possible privilégier la thérapie séquentielle (voir choix de traitement pour péritonite).
-

TRAITEMENT DE MAINTIEN POUR CHOLANGITE RÉCURRENTÉ :

- TMP-SMX (800/160) mg 1 co po q 12 h x 5-7 jours, puis 1 co die par la suite x 3-4 mois (*0,07 \$/comprimé*)
- Ciprofloxacine 500 mg 1 co po q 12 h x 5-7 jours, puis 1 co po die par la suite x 3-4 mois (*0,54 \$/comprimé*)

UTILISATION DES AMINOSIDES DANS LES INFECTIONS INTRA-ABDOMINALES

Les aminosides sont associés à un risque de toxicité (néphro et ototoxicité) plus marqué que les autres classes d'antibiotiques, en raison des concentrations sériques plus élevées recherchées pour traiter ce type d'infection.

☞ Donc, ne plus utiliser de façon routinière.

INDICATIONS POTENTIELLES :

- ▶ Si agents nosocomiaux suspects ou retrouvés et double couverture pour les Pseudomonas est voulue ou selon résultat de culture (pour sensibilité).
 - ▶ Si allergie pénicilline, β -lactames, quinolones ou échec ou résistance aux quinolones ou β -lactames
 - ▶ Régime unidose, se référer au protocole d'ordonnance et d'administration des aminosides à dose unquotidienne.
-

UTILISATION À RÉÉVALUER SI :

- ▶ Patient > 65 ans
 - ▶ Cl. créatinine < 1 ml/s, si IRC, si IRA
 - ▶ Greffe rénale
 - ▶ Traitement > 5 à 7 jours
 - ▶ Maladie hépatique, jaunisse obstructive
 - ▶ Hypotension
-

RÉFÉRENCES PRINCIPALES

1. Solomkin JS, Mazuski JE, Baron EJ. Guidelines for the Selection of Anti-Infective Agents for Complicated Intra-Abdominal Infections. CID 2003; 37 (15 oct.); 997-1005.
2. Levison ME, Bush LM. Peritonitis and Intraperitoneal Abscesses. Chap. 68, Mandell 2005; 927-950.
3. Johannsen EC, Madoff LC. Infections of the Liver and Biliary System. Chap. 69, Mandell 2005; 951-958.
4. Baron MJ, Madoff LC. Pancreatic Infections. Chap. 70, Mandell 2005; 959-960.
5. Westphal J-F, Brogard J-M. Biliary Tract Infections. A Guide to Drug Treatment. Drugs 1999; 57 (1):81-91.
6. DiPiro JT, Howdieshell TR. Intraabdominal Infections. Ds: Dipiro Pharmacotherapy, 2005. Chap. 112, p. 2055-2066.
7. Nathens AB, Curtis JR. Management of the Critically Ill Patient with Severe Acute Pancreatitis. Critical Care Medicine 2004; 32(12). p. 2524-2536.
8. Yusoff IF, Barkun JS. Diagnosis and Management of Cholecystitis and Cholangitis. Gastroenterology Clinics 2003; 32(4).
9. Marshall JC. Intra-Abdominal Infections. Microbes and infections 2004;6:1015-1025.
10. Welling DR, Medical Treatment of Diverticular Disease. Clinics in colon and rectal surgery 2004;17(3).163-168.