



# **GUIDE DE TRAITEMENTS DES INFECTIONS INTRA-ABDOMINALES CHEZ LES ADULTES**

## **TABLEAUX**

### **RÉDIGÉ PAR :**

DR GILBERT CÉRAT, MICROBIOLOGISTE-INFECTIOLOGUE  
LYSANE SENÉCAL, PHARMACIENNE

### **EN COLLABORATION AVEC :**

DR PATRICE LAMOUREUX, CHIRURGIEN

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

TRAITEMENT EMPIRIQUE (\$/JOUR)		DURÉE DE TRAITEMENT	COMMENTAIRES
TRAITEMENT INITIAL	SI ALLERGIE		
<b>PÉRITONITE PRIMAIRE (LÉGÈRE À MODÉRÉE) :</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Céphalosporine 3<sup>e</sup> génération : <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ceftriaxone 1-2 g iv q 24 h (34,85 \$ - 68,67\$)</li> <li>– Céfotaxime 2 g iv q 8 h (36,48 \$)</li> </ul> </li> <li>▪ Ciprofloxacine 400 mg iv q 12 h (si allergie aux β-lactames) (67,66 \$)</li> </ul>		Durée totale : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ad 10-14 jours si hémoculture (+)</li> <li>▪ Un traitement plus court est possible ≤ 5 jours si ponction du liquide d'ascite (après 48 heures d'antibiothérapie) est stérile et PMN &lt; 250/mm<sup>3</sup>.</li> </ul>	Si grande suspicion de péritonite 1 <sup>o</sup> (même si culture est stérile); continuer le traitement. Amélioration devrait être notée en 24-48 heures, sinon revoir le diagnostic.
<b>PÉRITONITE SECONDAIRE, LÉGÈRE À MODÉRÉE, APPENDICITE COMPLIQUÉE ET DIVERTICULITE (ACQUISE EN COMMUNAUTÉ)</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Céfazoline 1-2 g iv q 8 h + métronidazole 500 mg iv q 8 h (7,66 \$ à 11,50 \$)</li> <li>▪ Ertapénem 1 g iv q 24 h (52,25 \$)</li> </ul>	Ciprofloxacine 400 mg iv q 12 h + métronidazole 500 mg iv q 8 h (71,47 \$) Si allergie (ou intolérance) au métronidazole : clindamycine est une alternative.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 7 à 10 jours dans les cas de diverticulite si aucune chirurgie n'est nécessaire.</li> </ul> <b>OU</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 5-7 jours postopératoires ou drainage, débridement.</li> </ul>	Privilégier thérapie séquentielle si patient afébrile x 48 heures, GB normalisés, amélioration clinique et intégrité au niveau de l'absorption gastro-intestinale.
<b>PÉRITONITE SECONDAIRE, SÉVÈRE (CHOC, SEPSIS SÉVÈRE, INSTABILITÉ HÉMODYNAMIQUE) OU PÉRITONITE TERTIAIRE (INFECTION EN POSTOPÉRAIRE OU HOSPITALISATION PROLONGÉE)</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pipéracilline-tazobactam 4 g iv q 8 h (65,19 \$)</li> <li>▪ Céphalosporine 3<sup>e</sup> génération : <ul style="list-style-type: none"> <li>– Céfotaxime 2 g iv q 8 h + métronidazole 500 mg iv q 8 h (40,26 \$)</li> <li>– Ceftriaxone 1-2 g iv q 24 h + métronidazole 500 mg iv q 8 h (42,26-\$ à 72,48 \$)</li> </ul> </li> <li>▪ Imipénem 500 mg iv q 6 h (consultation en microbiologie-infectiologie) (99,96 \$)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ciprofloxacine 400 mg iv q 12 h + métronidazole 500 mg iv q 8 h (71,47 \$)</li> </ul> Si allergie (ou intolérance) au métronidazole : clindamycine est une alternative.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 5-7 jours postopératoires ou drainage, débridement.</li> <li>▪ 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.</li> </ul>	Il est particulièrement important pour la péritonite sévère, de faire un prélèvement pour culture afin d'ajuster l'antibiothérapie selon le résultat des sensibilités.
<b>PANCRÉATITE AIGÛÈ SÉVÈRE NÉCROSANTE</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Imipénem 500 mg iv q 6 h (consultation en gastro-entérologie et microbiologie-infectiologie) (99,96 \$)</li> <li>▪ Ciprofloxacine 400 mg iv q 12 h + métronidazole 500 mg iv q 8 h (71,47 \$)</li> <li>▪ Céphalosporine de 3<sup>e</sup> génération : <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ceftazidime 2 g iv q 8 h + métronidazole 500 mg iv q 8 h (38,37 \$)</li> <li>– Céfotaxime 2 g iv q 8 h + métronidazole 500 mg iv q 8 h (40,26 \$)</li> <li>– Ceftriaxone 1-2 g iv q 24 h + métronidazole 500 mg iv q 8 h (42,26 \$ - 72,48 \$)</li> </ul> </li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1 à 4 semaines selon l'évolution.</li> </ul>	Les aminosides ne pénètrent pas vraiment bien dans ces tissus. 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. 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'antibiotiques dans la pancréatite aiguë sévère nécrosante, de façon empirique.

TRAITEMENT EMPIRIQUE (\$/JOUR)		DURÉE DE TRAITEMENT	COMMENTAIRES
TRAITEMENT INITIAL	SI ALLERGIE		
<b>CHOLÉCYSTITE AIGÜE LÉGÈRE</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Céfazoline 1-2 g iv q 8 heures (3,85 \$- 7,70 \$)</li> <li>▪ Voir commentaire</li> <li>▪ À noter : Les anaérobies sont surtout retrouvés chez les patients gravement malades, patients ayant subi une anastomose (voies biliaires, tube digestif) et donc l'ajout du métronidazole est à considérer.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 24 heures en post-chirurgie si cholécystite aiguë ou gangréneuse, sans perforation.</li> </ul>	<p>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.</p>
<b>CHOLÉCYSTITE SÉVÈRE ET CHOLANGITE</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pipéracilline-tazobactam 4 g iv q 8 h (65,19 \$)</li> <li>▪ Ertapénem 1 g iv q 24 h (52,25 \$)</li> <li>▪ Céphalosporines de 3<sup>e</sup> génération : <ul style="list-style-type: none"> <li>– Céfotaxime 2 g iv q 8 h + métronidazole 500 mg iv q 8 h (40,26 \$)</li> </ul> </li> <li>▪ Imipénem 500 mg iv q 6 h (consultation en microbiologie-infectiologie) (99,96 \$)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ciprofloxacine 400 mg iv q 12 h + métronidazole 500 mg iv q 8 h (71,47 \$)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pour la cholécystite perforée ou emphysémateuse, voir durée de traitement de la péritonite secondaire.</li> <li>▪ Pour la cholangite, 7 à 10 jours et jusqu'à 14 jours si septicémie.</li> </ul>	<p>Il faut traiter une cholécystite avec complication emphysémateuse, gangréneuse ou perforée.</p>

**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. 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.

## RÉFÉRENCES PRINCIPALES

- Baron MJ, Madoff LC. Pancreatic infections. Chap. 70, Mandell 2005; 959-960.
- DiPiro JT, Howdieshell TR. Intraabdominal infections. Ds: Dipro Pharmacotherapy, 2005. Chap. 112, p. 2055-2066.
- Johannsen EC, Madoff LC. Infections of the liver and biliary system. Chap. 69, Mandell 2005; 951-958.
- Levison ME, Bush LM. Peritonitis and intraperitoneal abscesses. Chap. 68, Mandell 2005; 927-950.
- Marshall JC. Intra-abdominal infections. Microbes and infections 2004;6:1015-1025.
- Nathens AB, Curtis JR. Management of the critically ill patient with severe acute pancreatitis. Critical Care Medicine 2004; 32(12). p. 2524-2536.
- 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.
- Welling DR, Medical treatment of diverticular disease. Clinics in colon and rectal surgery 2004;17(3).163-168.
- Westphal J-F, Brogard J-M. Biliary tract infections. A guide to drug treatment. Drugs 1999; 57 (1):81-91.
- Yusoff IF, Barkun JS. Diagnosis and management of cholecystitis and cholangitis. Gastroenterology Clinics 2003; 32(4).