



Infections intra-abdominales chez l'adulte

Novembre 2005

Ce guide est présenté à titre indicatif et ne remplace pas le jugement du praticien.

GÉNÉRALITÉS

Classification des infections intra-abdominales

Non compliquées :

- Ne requièrent pas d'intervention chirurgicale
- Se traitent avec des antibiotiques seulement

Complicées :

- Entraînent une péritonite ou la formation d'abcès
- Requièrent très souvent une intervention, un drainage chirurgical ou avec assistance radiologique
- Sont habituellement consécutives à une perforation du tractus gastro-intestinal
- Peuvent se produire spontanément

Étiologie

Les infections intra-abdominales chez l'adulte sont causées par une flore polymicrobienne qui inclut souvent des entérobactéries, des anaérobies et des *streptococcaceae*.

Infection acquise en communauté

- Est habituellement causée par la flore endogène des individus

Infection nosocomiale

- L'infection est souvent liée à une complication d'une chirurgie urgente ou non.
- Les microorganismes nosocomiaux varient selon l'intervention chirurgicale, l'hôpital et l'unité de soins.
- Les infections postopératoires sont causées par une flore plus résistante qui peut inclure les microorganismes suivants : *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter spp.*, *Proteus spp.*, *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM), entérocoque, *Candida spp.*

Degrés de gravité

- Simple à modérée
- Grave : peut être déterminée par l'utilisation d'un score APACHE II (> 20) ou par la présence d'une immunosuppression cliniquement significative (chimiothérapie, greffe d'organe, stéroïdes à hautes doses, thérapie immunosuppressive, maladies inflammatoires du tube digestif, etc.)

PRINCIPES DE TRAITEMENT

- Débuter une thérapie antimicrobienne empirique sans attendre un diagnostic infectieux précis. Un traitement empirique réduit la mortalité et devrait couvrir une flore polymicrobienne incluant des bacilles Gram⁻ entériques, des *streptococcaceae* et des bactéries anaérobies.
- Le traitement des infections intra-abdominales nécessite très souvent un drainage chirurgical ou avec assistance radiologique qui est fondamental à la réussite du traitement. **Les antibiotiques seuls sont inefficaces** pour traiter un abcès.
- L'antibiothérapie doit se poursuivre jusqu'à la résolution des symptômes cliniques (absence de fièvre, numération des globules blancs normale, fonction gastro-intestinale rétablie).

- Un minimum de 7 jours de traitement est habituellement nécessaire. La journée d'une intervention (drainage, chirurgie, etc.) correspond au jour 1 d'antibiothérapie, même si cette dernière avait débuté antérieurement.

• INFECTION NOSOCOMIALE :

- Une combinaison d'antibiotiques est habituellement recommandée.
- La résistance nosocomiale locale dicte le traitement empirique qui doit être modifié selon les résultats des analyses microbiologiques des prélèvements.

• INSTITUER LA VOIE ORALE DÈS QUE POSSIBLE LORSQUE :

- Infection identifiée et bien contrôlée
- Patient capable de s'alimenter
- Aucun signe clinique, radiologique ou chirurgical de collection intra-abdominale non drainée de façon optimale
- Patient hémodynamiquement stable
- Absence de fièvre depuis au moins 24 heures

Considérations particulières

- Aminosides :
 - Ont un spectre d'activité relativement étroit et sont associés à un risque de toxicité plus marqué que les autres classes d'antibiotiques, en raison des concentrations sériques plus élevées recherchées pour traiter ce type d'infection.
 - Ne sont plus recommandés de façon routinière.
 - Devraient être réservés aux patients allergiques aux β -lactames et aux fluoroquinolones.
 - Pourraient être un premier choix pour un traitement empirique d'une infection nosocomiale si les tests de sensibilité bactérienne locale les suggèrent.

Note : Dans le contexte de l'épidémie de Clostridium difficile qui prévaut au Québec, l'association d'un aminoside et de métronidazole peut être recommandée pour diminuer les risques de colite à Clostridium difficile. Cependant, l'efficacité clinique des aminosides peut s'avérer inférieure à celle des autres choix thérapeutiques dans certaines situations cliniques.

- Céfoxitine (Mefoxin®) :
N'est plus recommandée en raison d'une résistance au *Bacteroides fragilis* trop importante.
- Levures :
Même si des levures sont isolées, une thérapie antifongique est rarement nécessaire et devra être réservée à des infections nosocomiales compliquées ou à certaines situations particulières (chimiothérapie récente pour une néoplasie, greffe d'organe, infection intra-abdominale postopératoire récurrente).
- Entérocoque :
Une couverture de l'entérocoque n'est pas nécessaire pour les infections acquises en communauté. Elle devrait être restreinte aux infections nosocomiales où l'entérocoque est retrouvé en culture.

Antibiothérapie particulière

- Une antibiothérapie d'une durée inférieure à 24 heures est adéquate dans les conditions suivantes :
 - Blessures (perforations) intestinales par trauma opérées en moins de 12 heures
 - Contamination d'un champ opératoire par du contenu entérique
 - Perforation de l'estomac, du duodénum et du jéjunum proximal en l'absence de thérapie réductrice d'acidité, d'antiacide ou de cancer
 - Appendicite aiguë sans gangrène, perforation, abcès ou péritonite : prophylaxie recommandée avec des agents couvrant des anaérobies facultatifs et obligatoires
- Cholécystite aiguë (nécessitant une intervention) :
 - Couverture des entérobactéries recommandée
 - Il n'est pas nécessaire de couvrir l'entérocoque
 - La couverture anti-anaérobie peut être recommandée en présence d'anastomose entre les voies biliaires et le tube digestif
- Pancréatite nécrosée :
 - Flore similaire à celle d'une perforation colique
 - Ne traiter qu'en présence d'infection
 - L'antibioprophylaxie ne s'est pas avérée efficace

TRAITEMENT

Traitement des infections intra-abdominales

TOUS LES TRAITEMENTS SUGGÉRÉS SONT CONSIDÉRÉS ÉQUIVALENTS, AUCUNE SUPÉRIORITÉ N'AYANT ÉTÉ DÉMONTRÉE

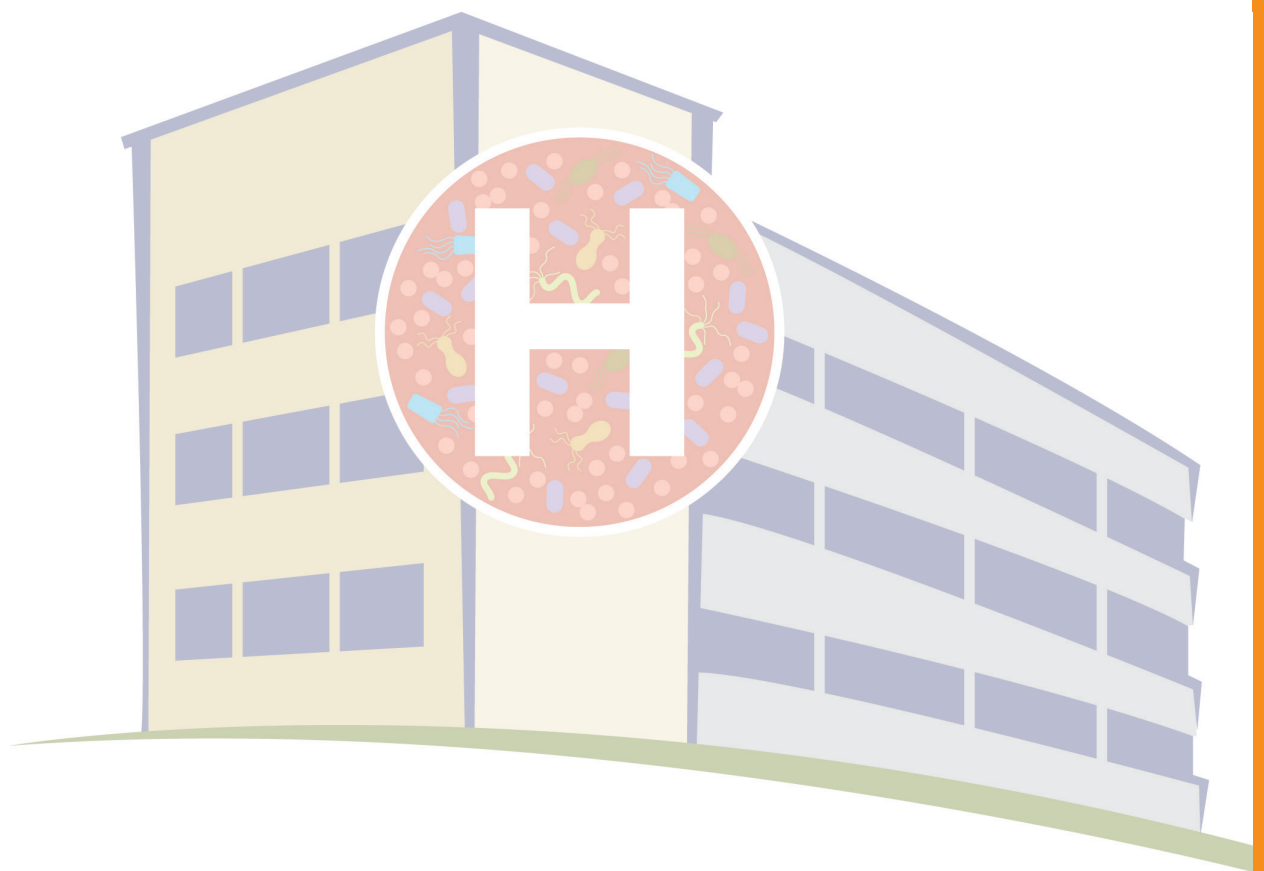
Type de thérapie	Infections simples à modérées	Prix approximatif par jour [†]	Infections graves	Prix approximatif par jour [†]
Monothérapie	Antibiotiques*		Antibiotiques*	
β-lactam	Ticarcilline / ac. clavulanique (Timentin®) 3 g / 0,1 g IV q 6h	37 \$	Pipéracilline / tazobactam (Tazocin®) 4 g / 0,5 g IV q 8h	65 \$
			Imipenem / cilastatine (Primaxin®) 500 mg IV q 6-8h	78 \$ - 107 \$
Carbapenem	Ertapenem (Invanz®) 1 g IV ou IM q 24h	52 \$	Méropénem (Merrem®) 1 g IV q 8h	144 \$
Combinaison				
Céphalosporine	Céfazoline (Ancef®) 1-2 g IV q 8h OU Céfuroxime (Zinacef®) 750 mg - 1500 mg IV q 8h	4 \$ - 8 \$ 7 \$ - 13 \$	Céfépime (Maxipime®) 2 g IV q 12h OU Céfotaxime (Claforan®) 1-2 g IV q 8h OU Ceftazidime (Fortaz®) 2 g IV q 8h OU Ceftizoxime (Cefizox®) 1 g IV q 8h OU Ceftriaxone (Rocephin®) 1-2 g IV q 24h	43 \$ 19 \$ - 38 \$ 29 \$ 31 \$ 35 \$ - 68 \$
ET	ET		ET	
Métronidazole	Métronidazole (Flagyl®) 500 mg IV q 8h	4 \$	Métronidazole (Flagyl®) 500 mg IV q 8h	4 \$
Fluoroquinolone	Ciprofloxacine (Cipro®) 500 mg PO ou 400 mg IV q 12h OU Levofloxacine (Levaquin®) [†] 500 mg PO ou IV q 24h OU Moxifloxacine (Avelox®) [‡] 400 mg PO ou IV q 24h	PO : 1 \$ IV : 68 \$ PO : 3 \$ IV : 46 \$ PO : 4 \$ IV : 35 \$	Ciprofloxacine (Cipro®) 500 mg PO q 12h ou 400 mg IV q 12h	PO : 1 \$ IV : 68 \$
ET	ET		ET	
Métronidazole	Métronidazole (Flagyl®) 500 mg IV ou PO q 8h	IV : 4 \$ PO : 0,20 \$	Métronidazole (Flagyl®) 500 mg IV q 8h	4 \$
Voie orale				
À instituer dès que possible	Amoxicilline-clavulanate de K (Clavulin®) [§] 500 mg PO q 8h ou 875 mg PO BID ± Métronidazole (Flagyl®) 500 mg PO q 8h	4 \$ 4 \$ 0,20 \$		
	----- Ciprofloxacine (Cipro®) 500 mg PO q 12h ET Métronidazole (Flagyl®) 500 mg PO q 8h	1 \$ 0,20 \$		

* Une seule marque de commerce a été inscrite, bien que plusieurs fabricants puissent offrir les produits sous d'autres noms commerciaux.

† Prix approximatifs négociés pour les établissements de santé de la région de Québec (juin 2005). Ces prix peuvent varier selon les régions.

‡ Ces agents n'ont pas encore d'indication officielle pour le traitement des infections intra-abdominales; seules des études publiées ou en cours appuient cette recommandation.

§ Il existe peu d'études cliniques publiées démontrant l'efficacité de l'amoxicilline-clavulanate de potassium en monothérapie; par contre, la combinaison est documentée avec le métronidazole.



RÉFÉRENCES

- Bosscha K, Reijnders K, Hulstaert PF et al. Prognostic scoring system to predict outcome in peritonitis and intraabdominal sepsis. *Br J Surg* 1997; 84: 1532-4.
- Lawrence KR, Adra M, Schwaitzberg SD. An overview of the pathophysiology and treatment of secondary peritonitis. *Formulary* 2003; 38: 102-11.
- Parcelli F, Doglietto GB, Alfieri S et al. Multivariate analysis on 604 patients. *Arch Surg* 1996; 131(6): 641-5.
- Solomkin JS, Mazuski JE, Baron EJ et al. Guidelines for the selection of anti-infective agents for complicated intra-abdominal infections. *CID* 2003; 37: 997-1005.
- Wong PF, Gilliam AD, Kumar S et al. Antibiotic regimens for secondary peritonitis of gastrointestinal origin in adults. *The Cochrane database of systematic reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD004539. pub2. DOI: 10.1002/14651858.CD004539. pub2.