

## Dans ce numéro

<i>Infections intra-abdominales</i>	1
Conclusion .....	2
Références.....	2

## NOUVEAU GUIDE DE PRATIQUE

### *Infections intra-abdominales*

Le comité d'antibiogouvernance du CIUSSS de l'Estrie-CHUS a élaboré un nouveau guide de pratique sur le traitement pharmacologique des infections intra-abdominales. Nous vous invitons à prendre connaissance de ce guide et nous vous en présentons les points importants.

Le traitement des infections intra-abdominales comporte généralement 2 aspects essentiels :

- Le contrôle de la source
- L'antibiothérapie systémique

Pour certains patients soigneusement sélectionnés, l'utilisation de l'antibiothérapie seule (traitement médical) pourrait être envisagée.

### Optimisation du spectre d'antimicrobien utilisé

Contrairement à d'autres types d'infection, la couverture empirique **et dirigée** doit toujours comporter une activité contre les bactéries anaérobies, et ce, même si elles ne sont pas rapportées en culture.

En absence d'allergie sévère à la pénicilline, l'usage des bêta-lactamines est à préconiser en première ligne de traitement d'une infection intra-abdominale. Pour les infections acquises en contexte communautaire et à faible risque de complications, l'utilisation d'amoxicilline-acide clavulanique IV est à favoriser. Pour les infections acquises dans un contexte nosocomial ou à risque élevée de complications, un traitement empirique avec la pipéracilline-Tazobactam serait indiqué. Considérant les risques d'augmentation de résistance bactérienne et d'effets secondaires, la combinaison ciprofloxacine – métronidazole devrait être réservée pour les patients ne pouvant pas recevoir de b-lactamines.

L'arrivée de l'amoxicilline-acide clavulanique IV dans notre arsenal thérapeutique permet une couverture optimale des pathogènes impliqués dans les infections intra-abdominales à faible risque (communautaire) tout en limitant l'utilisation de molécule à plus large spectre tel que la pipéracilline-tazobactam, diminuant par le fait même le risque de résistance bactérienne.

## Relais PO

Un relais vers une antibiothérapie par voie orale est possible (si voie entérale est fonctionnelle) en présence d'une évolution clinique favorable (contrôle de la source adéquat, absence leucocytose, afébrile depuis au moins 24 heures, stabilité au niveau hémodynamique). À moins d'une particularité clinique (ex. : résultat de culture), un relais PO avec le Clavulin PO est tout à fait adéquat en absence d'allergie à la pénicilline.

## Durée de traitement

La durée de traitement dépend essentiellement de la présentation clinique initiale et du degré de contrôle de la source. Elle varie généralement d'une durée  $\leq 24$  heures à 4 jours. La durée de traitement d'une infection traitée de façon médicale uniquement est habituellement de 7 jours.

La durée du traitement dépend aussi de la sévérité de l'infection et de l'évolution clinique. Certains cas plus complexes (par exemple un contrôle sous-optimal de la source ou un abcès en drainage continu) peuvent nécessiter une antibiothérapie prolongée. Il est par contre important de réévaluer son usage de façon périodique afin de s'assurer qu'elle soit justifiée puisqu'un risque de développement de résistance bactérienne demeure toujours présent.

## Conclusion

L'optimisation de l'utilisation des antimicrobiens est un effort de tous les instants. Nous vous invitons à consulter la version complète de ce guide disponible aux endroits suivants :

- Intranet du CIUSSS de l'Estrie-CHUS / Outils cliniques / Gestions des médicaments / Gérance des antimicrobiens
- Dans le DCI Ariane, section Références/Pharmacie/Protocoles et documents de référence de la pharmacie/Infectiologie
- Sur le site internet Santé Estrie, dans la section Professionnels/Document et autre références

## Références

1. Chow AW, Evans GA, Nathens AB, Ball CG, Hansen G, Harding GK, et al. Canadian practice guidelines for surgical intra-abdominal infections. *Can J Infect Dis Med Microbiol*. Hindawi; 2010;21(1):11–37.
2. Baron Barshak M. Antimicrobial approach to intra-abdominal infections in adults. Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. <https://www.uptodate.com> (Accessed on July 04, 2019.)
3. Guide d'usage optimal – Infection intra-abdominale chez l'adulte [<https://www.inesss.qc.ca/nc/en/publications/publications/publication/guid-e-dusage-optimal-concernant-les-infections-intra-abdominales-chez-les-adultes.html>]
4. Marcus G, Levy S, Salhab G, Mengesha B, Tzuman O, Shur S, et al. Intra-abdominal Infections: The Role of Anaerobes, Enterococci, Fungi, and Multidrug-Resistant Organisms. *Open Forum Infect Dis*. 2016 Oct;3(4):ofw232.
5. Mazuski JE, Tessier JM, May AK, Sawyer RG, Nadler EP, Rosengart MR, et al. The Surgical Infection Society Revised Guidelines on the Management of Intra -Abdominal Infection. Vol. 18, *Surgical infections*. 2017. pp. 1 –76.

6. Sawyer RG et al. Trial of short-course antimicrobial therapy for intraabdominal infection, 2015, NEJM, vol 372, no 21, p 1966-2005.
7. Solomkin JS, Mazuski JE, Bradley JS, Rodvold KA, Goldstein EJC, Baron EJ, et al. Diagnosis and management of complicated intra -abdominal infection in adults and children: guidelines by the Surgical Infection Society and the Infectious Diseases Society of America. Vol. 11, Surgical infections. 2010. pp. 79 – 109.
8. Algorithme pour allergie à la pénicilline de l'INESSS :  
[https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Medicaments/INESSS\\_Outil\\_aide\\_decision\\_Allergie\\_penicilines.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Medicaments/INESSS_Outil_aide_decision_Allergie_penicilines.pdf)
9. Montravers P et al. Guidelines for management of intra -abdominal infections, 2015, Anaesth Crit Care Pain Med 34, p. 117-130
10. Sartelli M et al, Management of intra-abdominal infections: recommendations by the WSES 2016 consensus conference, World Journal of Emergency Surgery (2017) 12:22, pp 1-31
11. Sartelli M et al, The management of intra-abdominal infections from a global perspective: 2017 WSES guidelines for management of intra -abdominal infections, World Journal of Emergency Surgery (2017) 12:29, pp 1-34