



GUIDE DE TRAITEMENT DE PREMIÈRE INTENTION DES INFECTIONS INTRA-ABDOMINALES LÉGÈRES OU MODÉRÉES CHEZ L'ADULTE

Les lignes directrices de l'IDSA/SIS et de l'AMMI publiées en 2010 recommandent de réserver les antibiotiques à large spectre comme la pipéracilline-tazobactam (Tazocin^{md}) et le mérépénem au traitement des infections intra-abdominales (IIA) graves et des infections nosocomiales.^{1,2}

Le sous-comité de surveillance de l'utilisation des antibiotiques a conduit en 2013 une étude rétrospective sur le traitement des IIA au CHUL et à l'HSFA. Ce bulletin présente les principaux résultats de l'étude ainsi que le guide de traitement des IIA légères ou modérées préconisé au CHU de Québec.

Les dossiers médicaux des patients de 18 ans ou plus admis au CHUL ou à l'HSFA entre le 1^{er} janvier 2010 et le 1^{er} avril 2012 pour le traitement d'une IIA ont été révisés. Les patients ayant reçu un antibiotique en prophylaxie chirurgicale, pour le traitement d'une infection acquise à l'hôpital ou pour une autre indication ont été exclus. Une infection grave était définie par un score APACHE II à l'admission de 15 ou plus, la prise d'antibiotique pour plus de 48 h au cours des trois mois précédant l'hospitalisation, ou un séjour hospitalier de plus de cinq jours dans l'année précédant l'admission.

RÉSULTATS

Au final, les dossiers de 144 patients ont été révisés. Les caractéristiques des patients sont présentées dans le tableau 1.

Tableau 1. Données démographiques

		N = 144
Âge moyen	années (écart-type)	52,4 (17,8)
Sexe masculin	n (%)	80 (55,6)
Admission aux soins intensifs	n (%)	10 (6,9)
Score APACHE II initial moyen	(écart-type)	5,3 (3,7)
APACHE II > 15	n (%)	2 (1,4)
Diagnostic	n (%)	
• Abscès intra-abdominal		34 (23,6)
• Appendicite		78 (54,2)
• Diverticulite		61 (42,4)
• Péritonite		21 (14,5)
• Perforation tractus gastro-intestinal		39 (27,1)
• Autre		1 (0,7)
Infection grave	n (%)	30 (20,8)

On remarque que la majorité des patients présentaient une appendicite, un abcès intra-abdominal ou encore une diverticulite. De plus, 78 patients (54,2 %) ont subi une intervention chirurgicale en lien avec leur infection.

Globalement, les dossiers étudiés révèlent que les patients étaient relativement jeunes (âge moyen de 52 ans) et en bonne santé (score APACHE II moyen à l'admission de 5,3). Ceci se traduit notamment par une minorité (20,8 %) de cas d'infection grave. Pourtant, la pipéracilline/tazobactam (P/T), un antibiotique que les lignes directrices ne recommandent d'utiliser que dans les infections graves, s'est avéré l'antibiotique le plus fréquemment utilisé, quelle que soit la gravité de l'infection (tableau 2) ou le type d'infection (figure 1).

Tableau 2. Choix de l'antibiotique et durée de traitement observés en fonction de la gravité de l'infection

	GRAVITÉ DE L'INFECTION	
	LÉGÈRE-MODÉRÉE N=114	GRAVE N=30
Monothérapie		
• Pipéracilline-tazobactam	72 (63 %)	23 (77 %)
• Céfoxitine	11	0
• Ertapénem	8	1
• Méropénem	3	0
Traitement combiné		
• Céfazoline + Métronidazole	3	2
• Ceftriaxone + Métronidazole	0	1
• Ciprofloxacine + Métronidazole	14 (12,2 %)	3 (10 %)
• Gentamicine + Métronidazole	0	
• Autres	1	1
Durée moyenne de traitement-jours (écart-type)	10,2 ± 4,7	14 ± 8,7

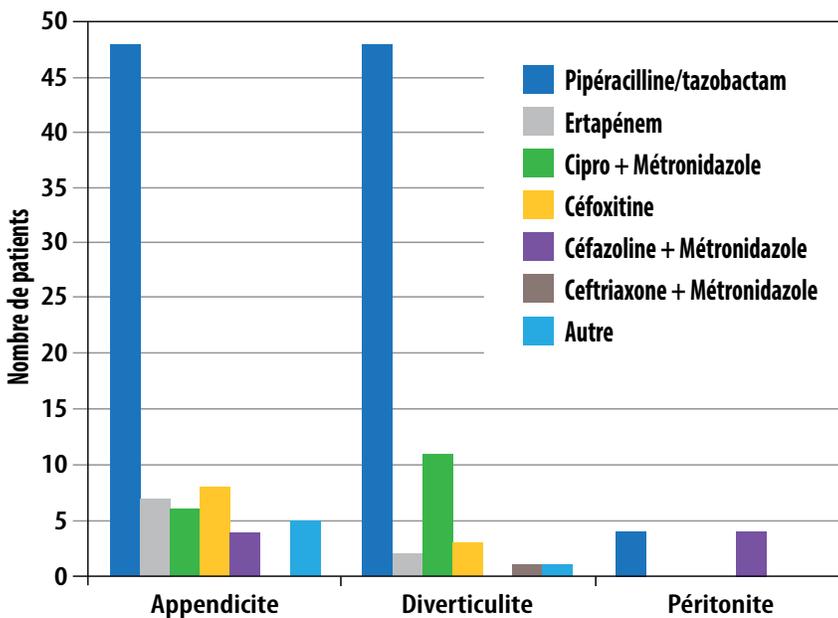
La durée moyenne de traitement observée chez les patients avec une infection légère ou modérée était de l'ordre de dix jours, alors que les lignes directrices proposent plutôt quatre à sept jours de traitement.

Un traitement de relais oral avec l'amoxicilline/clavulanate ou encore une combinaison de ciprofloxacine et de métronidazole a été amorcé dans 72 % des cas (104/144).

En conclusion, cette étude a permis de constater que les patients atteints d'une IIA de gravité légère ou modérée étaient traités avec un antibiotique à spectre trop large (P/T), qui devrait être réservé aux infections graves, et les patients recevaient un traitement de trop longue durée : dix jours en moyenne par rapport aux 4 à 7 jours recommandés.

Les principaux résultats de l'étude ont été présentés et discutés avec plusieurs groupes de chirurgiens généraux, gastroentérologues et urgentologues au cours des derniers mois. Ils ont aussi été présentés dans un congrès international l'an dernier.³

Figure 1. Choix de l'antibiotique en fonction du type d'infection



NOUVEAU GUIDE DE TRAITEMENT DES IIA POUR LE CHU DE QUÉBEC

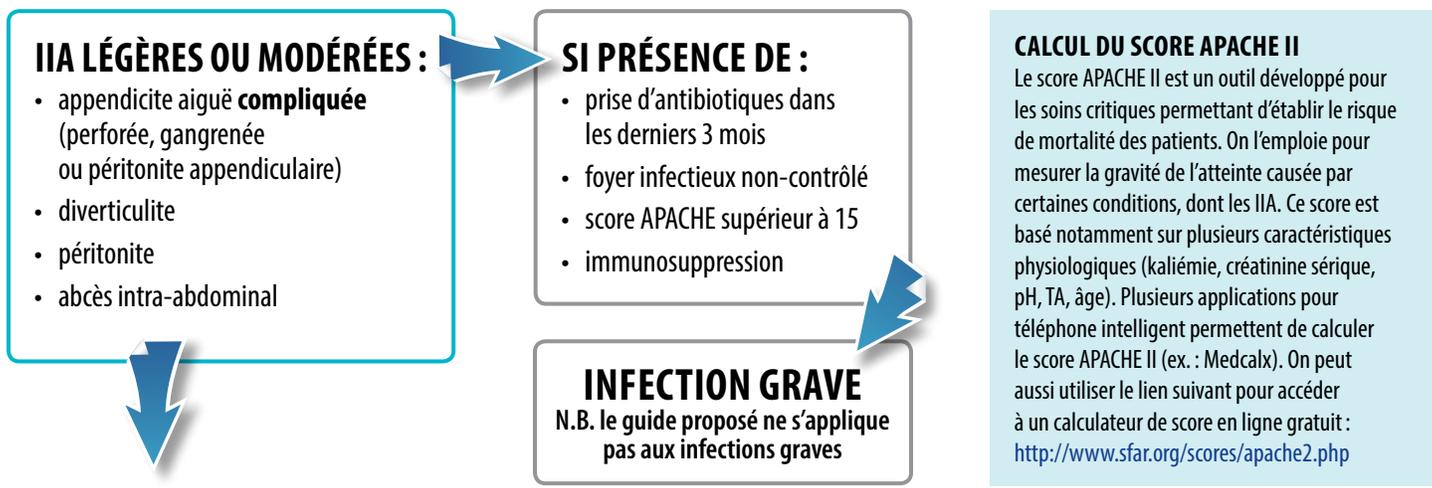
À la suite des résultats de l'étude et des consultations faites ultérieurement, le sous-comité de surveillance de l'utilisation des antibiotiques a élaboré un guide de traitement des IIA légères ou modérées qui préconise l'emploi d'antibiotiques à spectre plus étroit, mais approprié pour ces infections.

Les antibiotiques à très large spectre comme la pipéracilline/tazobactam ou le méropénem devraient être réservés aux patients présentant une IIA grave ou encore acquise en cours d'hospitalisation.

Ce guide préconise également de limiter la durée de l'antibiothérapie à **4 à 7 jours lorsque l'évolution est favorable** : normalisation de la leucocytose et de la fièvre, reprise de l'alimentation.

Nous espérons qu'il vous sera utile.

GUIDE DE TRAITEMENT DE PREMIÈRE INTENTION DES INFECTIONS INTRA-ABDOMINALES LÉGÈRES OU MODÉRÉES CHEZ L'ADULTE



	IIA LÉGÈRE OU MODÉRÉE	DURÉE RECOMMANDÉE
Premier choix	Ceftriaxone 2 g IV q24h + Métronidazole 500 mg IV q8h	4 à 7 jours*
Autres choix**	Ciprofloxacine † 400 mg IV q12h + Métronidazole 500 mg IV q8h	4 à 7 jours*
	Gentamicine ‡ 5 mg/kg (Max 500 mg) IV q24h + Métronidazole 500mg IV q8h	

* Appendicite aiguë : durée la plus courte possible.

Un relais oral avec une combinaison de ciprofloxacine et métronidazole ou de l'amoxicilline-clavulanate pourrait être effectué lorsque le patient peut reprendre l'alimentation et que son état clinique est stable (afébrile, leucocytose normalisée).

** L'ertapénem 1 g IV q24h pourrait aussi être considéré dans les situations où les options de traitement recommandées ci-haut ne seraient pas souhaitées ou appropriées.

† Ajustement de dose requis pour la ciprofloxacine et l'ertapénem si Clcr inférieure à 30 ml/min :

- ciprofloxacine 400 mg IV q24h ;
- ertapénem 500 mg IV q24h.

‡ Administration en dose quotidienne unique. Aucun monitoring nécessaire si le traitement ne dépasse pas 72 heures. Considérer les choix de remplacement si un traitement intraveineux de plus de 3-4 jours est anticipé ou si Clcr est inférieure à 60 ml/min.

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 Med Microbiol Infect Dis 2010;21(1):11-37.
- 2 Solomkin JS, Mazuski JE, Bradley JS, Rodvold KA, Goldstein EJ, 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*. Clin Infect Dis 2010;50(2):133-64.
- 3 Lebreux SA, Brouillette F, Barbier O, Brochu G, Bergeron L. *Potential overuse of piperacillin-tazobactam for mild-to-moderate intra-abdominal infections in a university hospital*. Affiche EV-001. Présentée au 25^e European Congress on Chemotherapy, Microbiology and Infectious Diseases. Copenhagen, DK, 25 au 28 avril 2015.