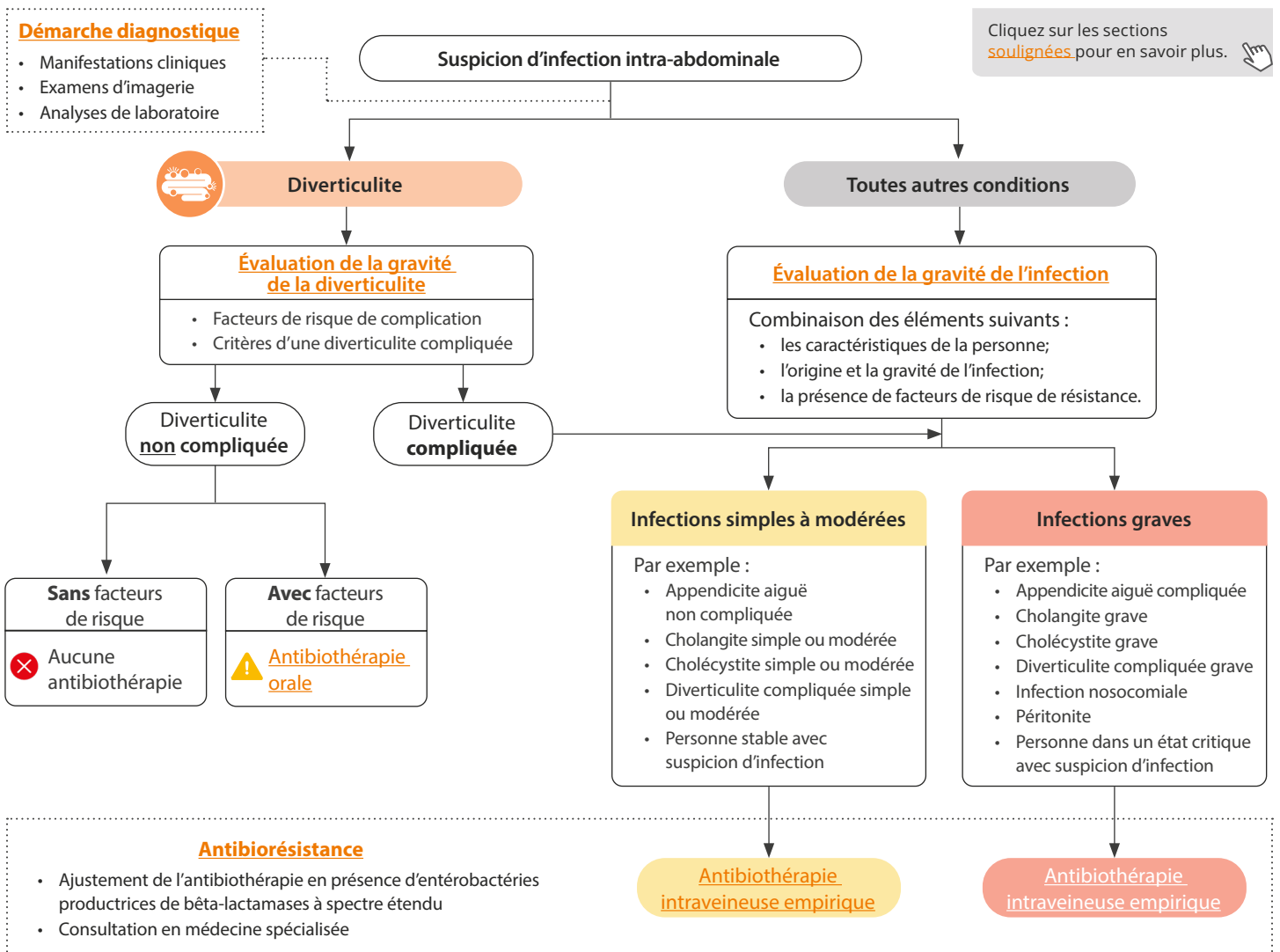


Le présent guide d'usage optimal s'adresse principalement aux cliniciens de première ligne. Il est fourni à titre indicatif et ne remplace pas le jugement clinique de la personne qui exerce les activités qui lui sont réservées par la loi ou par un règlement. Les recommandations ont été élaborées à l'aide d'une démarche systématique et sont soutenues par la littérature scientifique ainsi que par le savoir et l'expérience de cliniciens québécois de différentes spécialités et expertises. Pour plus de détails, consulter inesss.qc.ca.
Le présent guide **ne couvre pas** les infections durant la grossesse, les infections gynécologiques (y compris les infections de la vessie), à *Clostridioides difficile*, à *Helicobacter pylori*, relatives aux maladies inflammatoires intestinales, ni toute autre infection intra-abdominale qui n'est pas d'origine bactérienne (y compris les infections à levures).

i Le guide oriente le traitement des infections intra-abdominales, sans approfondir les différentes conditions sous-jacentes. **Une attention particulière est toutefois portée à la diverticulite, puisque les recommandations pour le traitement de la forme non compliquée ont fait l'objet de changements.**

SOMMAIRE DE LA DÉMARCHE CLINIQUE



LÉGENDE

- ⚠️ Porter une attention particulière
- ❌ À éviter

GÉNÉRALITÉS

LES INFECTIONS INTRA-ABDOMINALES

- ▶ Les infections intra-abdominales apparaissent généralement à la suite de l'inflammation d'un organe de la cavité abdominale ou d'une perte d'intégrité du tractus gastro-intestinal.
- ▶ Elles peuvent survenir dans une grande diversité de conditions cliniques (p. ex., abcès intra-abdominaux, appendicite, cholangite, cholécystite, diverticulite et péritonite).

LES BACTÉRIES INTRA-ABDOMINALES

- ▶ Les principales bactéries en cause dans les infections intra-abdominales sont des microorganismes endogènes de la flore gastro-intestinale et incluent des Gram négatifs (dont *Escherichia coli*, *Klebsiella* spp., *Bacteroides fragilis*) et des Gram positifs (dont *Streptococcus* spp. notamment le groupe *Streptococcus anginosus*).
- ▶ Les infections nosocomiales sont fréquemment causées par les bactéries suivantes : des entérocoques (*Enterococcus faecalis* et *Enterococcus faecium*), *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter cloacae* et des staphylocoques à coagulase négative.

DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE

PRÉSENTATION CLINIQUE

PRINCIPAUX SIGNES ET SYMPTÔMES SUGGESTIFS D'UNE INFECTION INTRA-ABDOMINALE

- douleurs abdominales aiguës;
- sensibilité abdominale à la palpation (défense abdominale);
- signes d'inflammation systémique :
 - fièvre;
 - tachycardie;
 - tachypnée.

⚠ Une rigidité abdominale suggère la présence d'une péritonite.



DIVERTICULITE

PRINCIPAUX SIGNES ET SYMPTÔMES SUGGESTIFS D'UNE DIVERTICULITE

- douleur aiguë et constante ou sensibilité abdominale principalement dans le quadrant inférieur gauche (fosse iliaque gauche);
- fièvre;
- changement soudain des habitudes intestinales.

⚠ Chez les personnes d'origine non occidentale, la diverticulite et la douleur peuvent être localisées dans le quadrant inférieur droit.

EXAMENS D'IMAGERIE

- ▶ Les examens d'imagerie (tomodensitométrie ou échographie abdominale) permettent de déterminer l'origine de l'infection, de confirmer un diagnostic et de détecter la présence de complications.
- ▶ L'imagerie par résonance magnétique peut être envisagée lorsque la tomodensitométrie ou l'échographie sont non concluantes ou contre-indiquées.



Retour au [SOMMAIRE DE LA DÉMARCHE CLINIQUE](#)

ANALYSES DE LABORATOIRE

- ▶ Une élévation accentuée des marqueurs inflammatoires (p. ex., protéine C réactive) ainsi qu'une leucocytose importante suggèrent la présence d'une infection bactérienne.
- ▶ Des analyses de biologie médicale supplémentaires peuvent être indiquées selon la situation (p. ex., alanine aminotransférase, phosphatase alcaline, taux de bilirubine totale, dosages des électrolytes et taux de créatinine).

ÉVALUATION DE LA GRAVITÉ DE L'INFECTION

- ▶ L'évaluation de la gravité de l'infection intra-abdominale (simple à modérée ou grave) permet de guider le choix de l'antibiothérapie et inclut les éléments suivants :
 - l'origine et la gravité de l'infection;
 - les caractéristiques de la personne;
 - la présence de facteurs de risque de multirésistance.

INFECTIONS INTRA-ABDOMINALES GRAVES

⚠ Les critères prédictifs ou suggestifs d'une infection grave sont présentés à titre indicatif et ne se substituent pas au jugement clinique.

CRITÈRES CLINIQUES PRÉDICTIFS OU SUGGESTIFS D'UNE INFECTION GRAVE ¹	
Considérer la combinaison et l'accumulation de critères	
 Critères associés à l'origine et à la gravité de l'infection	• présence de sepsis ou de choc septique; • présence de péritonite; • suspicion d'infection d'origine nosocomiale; • infection qui s'étend au-delà de l'organe originalement atteint.
 Critères associés aux caractéristiques de la personne	• âge avancé (fragilité); • présence de maladies graves ou de comorbidités importantes (p. ex., diabète mal contrôlé); • immunosuppression²; • fait de vivre dans un centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD).
 Principaux facteurs de risque de présence de pathogènes multirésistants	• prise d'antibiotiques à large spectre dans les 3 derniers mois³; • fait d'être porteur ou colonisé par des microorganismes multirésistants; • voyage à l'extérieur du Canada⁴ dans les 3 derniers mois (en particulier si la personne a reçu des soins de santé); • épisode de soins récent (p. ex., hospitalisation, hémodialyse, présence de cathéter effractif, chimiothérapie, radiothérapie, etc.).

1. Il existe des critères d'évaluation de la gravité propres à certaines pathologies abdominales (p. ex., les critères de Tokyo pour la cholécystite et la cholangite, le score d'Alvarado pour l'appendicite et la classification de Hinchley pour la diverticulite).
2. Une définition complète de l'immunosuppression est disponible sur le [site Web](#) du Programme d'immunisation du Québec (PIQ) et est détaillée à l'[annexe A](#).
3. Particulièrement une fluoroquinolone, la combinaison d'une bêta-lactamine et d'un inhibiteur de bêta-lactamase (p. ex., pipéracilline / tazobactam et amoxicilline / acide clavulanique) ou une céphalosporine de deuxième génération (p. ex., céfuroxime, cefprozil) ou de troisième génération (p. ex., ceftazidime, ceftriaxone, céfotaxime).
4. Notamment dans une zone géographique à risque élevé d'antibiorésistance (Asie, Amérique Latine, Moyen-Orient, Afrique, entre autres).



INFECTIONS INTRA-ABDOMINALES SIMPLES À MODÉRÉES

- Les infections intra-abdominales simples à modérées incluent généralement toutes les conditions cliniques qui ne répondent pas aux critères de l'infection grave.

CRITÈRES CLINIQUES DE L'INFECTION SIMPLE À MODÉRÉE



Critères associés à l'origine et à la gravité de l'infection

- infection localisée à l'organe originalement atteint;
- personne stable, absence de choc septique ou de sepsis.



DIVERTICULITE NON COMPLIQUÉE

- ✗ La diverticulite non compliquée est une condition inflammatoire, non infectieuse **qui ne requiert pas de traitement antibiotique**.

- Une **antibiothérapie orale** pourrait toutefois être pertinente dans les cas de diverticulite non compliquée en présence de facteurs de risque de complication.

DIVERTICULITE NON COMPLIQUÉE AVEC FACTEURS DE RISQUE¹

Présence d'au moins un des critères suivants

- immunosuppression²;
- comorbidités chez les personnes âgées;
- symptômes présents depuis > 5 jours;
- protéine C réactive élevée (> 150 mg / L)³;
- leucocytose ($\geq 12 \times 10^9$ cellules / L)³;
- prise chronique d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, de corticostéroïdes ou d'opioïdes.

1. Le risque de complications est plus élevé lors du premier épisode et diminue avec le nombre de récurrences.
2. Une définition complète de l'immunosuppression est disponible sur le [site Web](#) du Programme d'immunisation du Québec (PIQ) et est détaillée à l'[annexe A](#).
3. La pertinence de réaliser ces analyses est laissée au jugement clinique. Ces valeurs peuvent toutefois être utilisées pour évaluer la gravité de la diverticulite si les résultats sont disponibles.



DIVERTICULITE COMPLIQUÉE

- La **diverticulite compliquée** requiert une antibiothérapie intraveineuse. Elle peut également être simple à modérée ou grave selon la présence de certaines complications.
- En présence d'une diverticulite compliquée grave, rechercher la présence de **facteurs de risque de multirésistance**.

DIVERTICULITE COMPLIQUÉE

Présence d'au moins une des complications suivantes

Simple à modérée	Grave
• abcès drainable; • microperforation; • fistules.	• sepsis; • obstruction; • péritonite; • perforation.



Retour au [SOMMAIRE DE LA DÉMARCHÉ CLINIQUE](#)

ANALYSES MICROBIOLOGIQUES

- ▶ Dans certaines situations (p. ex., présence d'abcès ou de collections), un échantillonnage intrapéritonéal au site de l'infection peut être réalisé par ponction radiologique ou peropératoire. Se référer à un spécialiste, le cas échéant.

HÉMOCULTURES

- ▶ Des hémocultures peuvent être indiquées dans les situations suivantes :
 - chez une personne ayant une infection intra-abdominale grave;
 - chez une personne à risque d'infection par un pathogène multirésistant;
 - en cas d'échec de traitement.

PRINCIPES DE TRAITEMENT

- ▶ La prise en charge des infections intra-abdominales comprend généralement :
 - une réhydratation par voie intraveineuse;
 - une antibiothérapie;
 - un contrôle de la source de l'infection (p. ex., chirurgie, drainage).
- ▶ Se référer à la section [consultation en médecine spécialisée](#) pour plus de détails concernant les situations qui nécessitent une orientation urgente vers la médecine spécialisée.
- ▶ **Les bonnes pratiques d'utilisation des antibiotiques incluent les actions suivantes :**
 - utiliser des antibiotiques seulement lorsque cela est indiqué;
 - choisir judicieusement l'antibiothérapie empirique;
 - débiter rapidement l'antibiothérapie;
 - ajuster le dosage pharmacocinétique à la condition clinique (p. ex., masse corporelle, fonction rénale);
 - préconiser une durée adéquate de traitement;
 - procéder à une [désescalade de l'antibiothérapie](#) lorsque cela est possible.

PANCRÉATITE AIGÜE



Ne pas administrer d'antibiotiques en prophylaxie dans les cas de **pancréatite aiguë**, puisqu'il ne s'agit pas d'une condition infectieuse. En cas de suspicion de collection pancréatique infectée, se référer à un spécialiste.



DIVERTICULITE



Ne pas administrer d'antibiotiques dans les cas de **diverticulite non compliquée sans facteur de risque**.

- ▶ Dans les cas de **diverticulite non compliquée AVEC présence de facteurs de risque**, une [antibiothérapie orale](#) est à privilégier.

ANTIBIOTHÉRAPIE - VOIE INTRAVEINEUSE

⚠ Chez une personne dans un état critique, débiter l'antibiothérapie le plus rapidement possible.

- ▶ L'antibiothérapie est habituellement empirique et le choix s'appuie sur :
 - la [gravité et la source de l'infection](#);
 - la présence de [facteurs de risque d'infection par des pathogènes multirésistants](#);
 - les données épidémiologiques, si elles sont disponibles;
 - les données de surveillance des résistances locales et provinciales.





- ▶ Réserver l'utilisation de la **pipéracilline-tazobactam**, une pénicilline à large spectre, pour les cas d'infections graves.
- ▶ Limiter l'utilisation des **carbapénèmes** afin de préserver leur efficacité en raison d'une émergence de la multirésistance à ces antibiotiques.
- ▶ L'utilisation des **fluoroquinolones** devrait être réservée aux cas d'allergies, en raison de la pression sélective qu'ils exercent.

ANTÉCÉDENTS DE RÉACTION ALLERGIQUE À UN ANTIBIOTIQUE

- ▶ Les réelles allergies aux pénicillines sont peu fréquentes. Il est donc important de bien évaluer le statut allergique d'un patient rapportant une réaction allergique antérieure aux pénicillines avant de considérer l'utilisation de fluoroquinolones.
- ▶ Consulter l'outil d'aide à la décision en cas d'allergie aux pénicillines (voir les annexes **B** et **C**) pour évaluer la gravité de la réaction allergique antérieure et choisir la classe d'antibiotiques appropriée.

INFECTIONS INTRA-ABDOMINALES SIMPLES À MODÉRÉES

- ▶ En présence d'une appendicite ou d'une cholécystite, si le délai chirurgical est rapide, l'antibiothérapie pourrait être débutée de façon préopératoire seulement.

TRAITEMENT INTRA VEINEUX EMPIRIQUE DE L'INFECTION INTRA-ABDOMINALE SIMPLE À MODÉRÉE	
Conditions cliniques incluses	
• Appendicite aiguë non compliquée • Cholangite simple ou modérée¹ • Cholécystite simple ou modérée¹	• Diverticulite compliquée simple à modérée • Toute autre infection intra-abdominale simple à modérée acquise dans la communauté
Antibiothérapie de 1 ^{re} intention ²	
Amoxicilline-clavulanate 1-2 g IV q8h	
Ceftriaxone 2 g IV q24h + métronidazole 500 mg IV (PO ³) q8h	
Antibiothérapie de 2 ^e intention ²	
Ertapénem ⁴ 1 g IV q24h	
En cas d'allergie très sévère aux bêta-lactamines	
Ciprofloxacine 400 mg IV (500 mg PO ³) q12h + métronidazole 500 mg IV (PO ³) q8h	

1. Une couverture anaérobie n'est pas toujours nécessaire dans les cas de cholécystite / cholangite acquise en communauté de gravité simple à modérée sauf en cas d'anastomose biliaire entérique ou en présence d'un sphincter d'Oddi altéré à la suite d'une manipulation biliaire.

2. Il est recommandé d'ajuster les doses dans les situations suivantes pour lesquelles la pharmacocinétique et la pharmacodynamique pourraient être altérées (p. ex., insuffisance rénale ou hépatique et obésité).

3. Si la prise orale est tolérée.

4. Le potentiel de sélection de résistance devrait être considéré lorsque l'utilisation de cet antibiotique est envisagée.

INFECTIONS INTRA-ABDOMINALES GRAVES

- ▶ En cas d'infection grave, l'utilisation empirique d'**antibiotiques à plus large spectre** d'activité est recommandée.
- ⚠ L'antibiothérapie à large spectre **devrait être modifiée et adaptée** en fonction des résultats d'analyses microbiologiques et de l'antibiogramme lorsque ceux-ci sont disponibles. Se référer à la [section antibiorésistance](#), au besoin.

TRAITEMENT INTRAVEINEUX EMPIRIQUE DE L'INFECTION INTRA-ABDOMINALE GRAVE	
Conditions cliniques incluses	
• Appendicite aiguë compliquée • Cholangite grave • Cholécystite grave	• Diverticulite compliquée grave • Patients dans un état critique avec suspicion d'un foyer intra-abdominal
Antibiothérapie de 1 ^{re} intention ¹	
Pipéracilline-tazobactam ² 3 g / 0,375 g IV q6h	
Antibiothérapie de 2 ^e intention ¹	
Céfépime ^{2,3} 2 g IV q8h + métronidazole 500 mg IV (PO ⁴) q8h	
Méropénem ^{2,3} 1 g IV q8h	
Imipénem-cilastatine ² 500 mg IV q6h	
En cas d'allergie très sévère aux bêta-lactamines	
Ciprofloxacine ³ 400 mg IV (500 mg PO ⁴) q12h + métronidazole 500 mg IV (PO ⁴) q8h	

1. Il est recommandé d'ajuster les doses dans les situations suivantes pour lesquelles la pharmacocinétique et la pharmacodynamique pourraient être altérées (p. ex., insuffisance rénale ou hépatique et obésité).
2. Une administration en perfusion prolongée pourrait être considérée, se référer aux protocoles de l'établissement, le cas échéant.
3. Ces antibiotiques ne couvrent pas ou peu les entérocoques. Si une couverture contre ce pathogène est nécessaire (comme dans le cas d'infections nosocomiales), prioriser une autre classe d'antibiotiques ou ajouter de la vancomycine intraveineuse. Une consultation avec un microbiologiste-infectiologue peut être nécessaire.
4. Si la prise orale est tolérée.

ANTIBIOTHÉRAPIE - VOIE ORALE

- ▶ Une transition vers la voie orale peut être effectuée lorsque le patient a retrouvé une fonction gastro-intestinale adéquate et tolère la prise orale.
- ▶ La voie orale est à privilégier dans les cas de [diverticulite non compliquée avec facteurs de risque](#).

TRAITEMENT ORAL DE L'INFECTION INTRA-ABDOMINALE ¹ ET DE LA DIVERTICULITE NON COMPLIQUÉE AVEC FACTEURS DE RISQUE
Antibiothérapie de 1 ^{re} intention
Amoxicilline-clavulanate ² 875 mg PO BID
Céfuroxime ² 500 mg PO BID + métronidazole 500 mg PO TID ³
Antibiothérapie de 2 ^e intention
En cas d'allergie très sévère aux bêta-lactamines
Ciprofloxacine ² 500 mg PO BID + métronidazole 500 mg PO TID ³
Moxifloxacine 400 mg PO DIE

1. Si possible, poursuivre le relais oral avec un antibiotique de la même classe que celui utilisé par voie intraveineuse.
2. L'amoxicilline-clavulanate, le céfuroxime et la ciprofloxacine ne sont pas homologués par Santé Canada pour le traitement d'infections intra-abdominales par voie orale. Ils sont toutefois couramment prescrits à cette fin et ils constituent des options de traitement valables selon les experts.
3. La prise BID est acceptable dans certaines situations, et selon le jugement clinique, pour favoriser l'adhésion.



Retour au [SOMMAIRE DE LA DÉMARCHE CLINIQUE](#)

DURÉE DE L'ANTIBIOTHÉRAPIE

DURÉE DE L'ANTIBIOTHÉRAPIE	
Situations	Durée à privilégier
Diverticulite non compliquée avec facteurs de risque	5 jours
Toutes autres infections intra-abdominales avec contrôle efficace de la source ^{1,2}	4 - 7 jours ³

1. Dans le cas d'infections intra-abdominales graves, le traitement peut être plus long et dépend du jugement clinique et de l'évolution clinique du patient.

2. Dans les cas de cholécystite et d'appendicite, une antibiothérapie postopératoire n'est pas recommandée.

3. La durée totale de l'antibiothérapie inclut le relais oral. Le jour 0 correspond au jour où il y a contrôle optimal de la source.

DÉSESCALADE

- ▶ Il est recommandé d'amorcer une désescalade du traitement antibiotique à la suite de l'obtention des résultats de culture. La désescalade peut inclure les actions suivantes :
 - passage d'un antibiotique à large spectre vers un antibiotique à spectre plus étroit;
 - élimination des agents en double (si un seul peut suffire);
 - cessation des antibiotiques contre les pathogènes Gram + ou Gram – si ces microorganismes n'ont pas été isolés.

ANTIBIORÉSISTANCE

- ▶ Le phénomène de multirésistance aux différents antibiotiques est surtout observé dans le contexte des infections nosocomiales et chez les personnes qui présentent des [facteurs de risque de multirésistance](#).
- ▶ L'antibiothérapie empirique devrait être ajustée en fonction des pathogènes multirésistants décelés.
- ⚠ **En présence d'un cas suspecté ou confirmé d'infection par un pathogène multirésistant, consulter un microbiologiste-infectiologue afin de déterminer l'antibiothérapie appropriée.**



ENTÉROBACTÉRIES PRODUCTRICES DE BÊTA-LACTAMASES À SPECTRE ÉTENDU

- ▶ Les cas d'infections par des entérobactéries productrices de bêta-lactamases à spectre étendu sont en augmentation. Ces bactéries multirésistantes ne sont pas restreintes aux infections nosocomiales, mais sont également rencontrées dans des cas d'infection acquise dans la communauté, ce qui en fait une infection couramment vue et traitée en première ligne.

TRAITEMENT INTRA VEINEUX DE L'INFECTION PAR DES ENTÉROBACTÉRIES PRODUCTRICES DE BÊTA-LACTAMASES À SPECTRE ÉTENDU

Infections simples à modérées	Infections graves
Antibiothérapie de 1^{re} intention	
Ertapénem 1 g IV q24h	Méropénem 1 g IV q8h
	Imipénem-cilastatine 500 mg IV q6h
Antibiothérapie de 2^e intention	
Ceftolozane-tazobactam ¹ 1 g / 0,5 g IV q8h + métronidazole 500 mg IV q8h	

1. Médicament d'exception à la liste des médicaments d'établissement – critère d'utilisation de l'INESSS : Pour le traitement des infections intra-abdominales compliquées, lorsque l'antibiogramme démontre qu'au moins un des pathogènes responsables est uniquement sensible au ceftolozane / tazobactam, aux aminosides et au colistiméthate sodique, mais que ces deux derniers ne peuvent pas être administrés en raison d'intolérance sérieuse ou de contre-indication.



Retour au [SOMMAIRE DE LA DÉMARCHE CLINIQUE](#)

SUIVI

- ▶ En cas de non-réponse au traitement antibiotique :
 - réévaluer le risque de multirésistance;
 - si les résultats d'imagerie sont négatifs, arrêter l'antibiothérapie;
 - si les résultats d'imagerie démontrent des signes d'infection persistante, changer de classe d'antibiotiques si possible et s'il n'y a toujours pas d'amélioration, consulter un spécialiste.



DIVERTICULITE

- ▶ Chez les patients ayant vécu un ou plusieurs épisodes de diverticulite **ne nécessitant pas une antibiothérapie** :
 - prendre le temps d'expliquer que la diverticulite non compliquée est un processus inflammatoire et non infectieux qui ne nécessite pas toujours une antibiothérapie;
 - inciter la personne à consulter de nouveau s'il y a détérioration ou récurrence;
 - effectuer un suivi téléphonique dans les 3-5 jours suivant le congé afin de vérifier l'état général du patient.
- ▶ De l'acétaminophène, des anti-inflammatoires non stéroïdiens (sauf pour les patients ayant des antécédents de saignement diverticulaire) ou des opioïdes, pris à court terme, peuvent aider à soulager les symptômes.
- ▶ Une coloscopie de suivi n'est pas recommandée pour la majorité des patients. Une coloscopie à 6 semaines suivant l'épisode peut toutefois être nécessaire si aucune coloscopie de qualité n'a été effectuée récemment chez :
 - les personnes aux prises avec une diverticulite non compliquée qui présentent toujours des symptômes;
 - les personnes qui ont eu un épisode de diverticulite compliquée.

CONSULTATION EN MÉDECINE SPÉCIALISÉE

- ▶ En présence d'une infection intra-abdominale, une consultation en médecine spécialisée est recommandée, et ce, selon le jugement clinique et l'organisation des soins et services (p. ex., capacité chirurgicale du centre). Une attention particulière devrait être portée aux personnes enceintes.



Une personne ayant une infection intra-abdominale grave dont l'état est instable devrait être dirigée **SANS DÉLAI** vers la médecine spécialisée.

RÉFÉRENCES

Pour les détails sur le processus d'élaboration de ce guide d'usage optimal et pour consulter les références, se référer au rapport associé aux travaux.

IMMUNOSUPPRESSION

- Le contenu de cette annexe a été adapté à partir de l'information disponible dans le cadre du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) sur le [site Internet](#) du ministère de la Santé et des Services sociaux.

PRINCIPALES CAUSES D'IMMUNOSUPPRESSION

- Déficience immunitaire congénitale (p. ex., syndrome de Di George, agammaglobulinémie ou hypogammaglobulinémie).
- Leucémie, lymphome, myélome multiple ou cancer non hématologique (immunodépression causée par la maladie, la chimiothérapie ou la radiothérapie).
- Agents immunodépresseurs (chimiothérapie, radiothérapie, corticostéroïdes, agents biologiques (voir l'information sur les **thérapies immunodépresseuses**).
- Déficits immunitaires acquis (p. ex., infection par le VIH et sida).

THÉRAPIES IMMUNODÉPRESSES

Les thérapies immunodépresseuses (traitements immunodépresseurs) sont utilisées en cas de greffes d'organes, de greffes de cellules souches hématopoïétiques, de cancers et pour un grand nombre de maladies chroniques inflammatoires ou auto-immunes. Ce sont :

- Les radiothérapies et chimiothérapies contre les cancers hématologiques et non hématologiques (tumeur solide);
- Les agents biologiques pour le traitement de maladies chroniques inflammatoires ou auto-immunes (voir l'information sur les **Agents de rémission de l'arthrite et agents biologiques**);
- Les corticostéroïdes à dose immunodépresseuse (voir l'information sur la **Corticothérapie**);
- La médication à la suite de greffes d'organes ou de cellules souches hématopoïétiques.

Agents de rémission de l'arthrite et agents biologiques

- Certains agents classiques de rémission de l'arthrite sont immunodépresseurs, dont le méthotrexate, l'azathioprine et la mercaptopurine. D'autres, comme la sulfasalazine et l'hydroxychloroquine, ne sont pas considérés comme immunodépresseurs.
- Les agents biologiques sont des agents modulateurs de la réponse immunitaire utilisés dans le traitement de nombreuses maladies chroniques inflammatoires ou auto-immunes (p. ex., lupus érythémateux disséminé, maladie de Crohn, polyarthrite rhumatoïde).

Corticothérapie

La corticothérapie est immunodépresseuse lorsque les 3 conditions suivantes sont réunies :

- Elle est administrée par voie systémique (orale ou intraveineuse);
- Elle dure 2 semaines ou plus;
- La dose est plus élevée que 20 mg de prednisone par jour ou son équivalent.

La corticothérapie est non immunodépresseuse lorsque l'une ou l'autre des conditions suivantes s'applique :

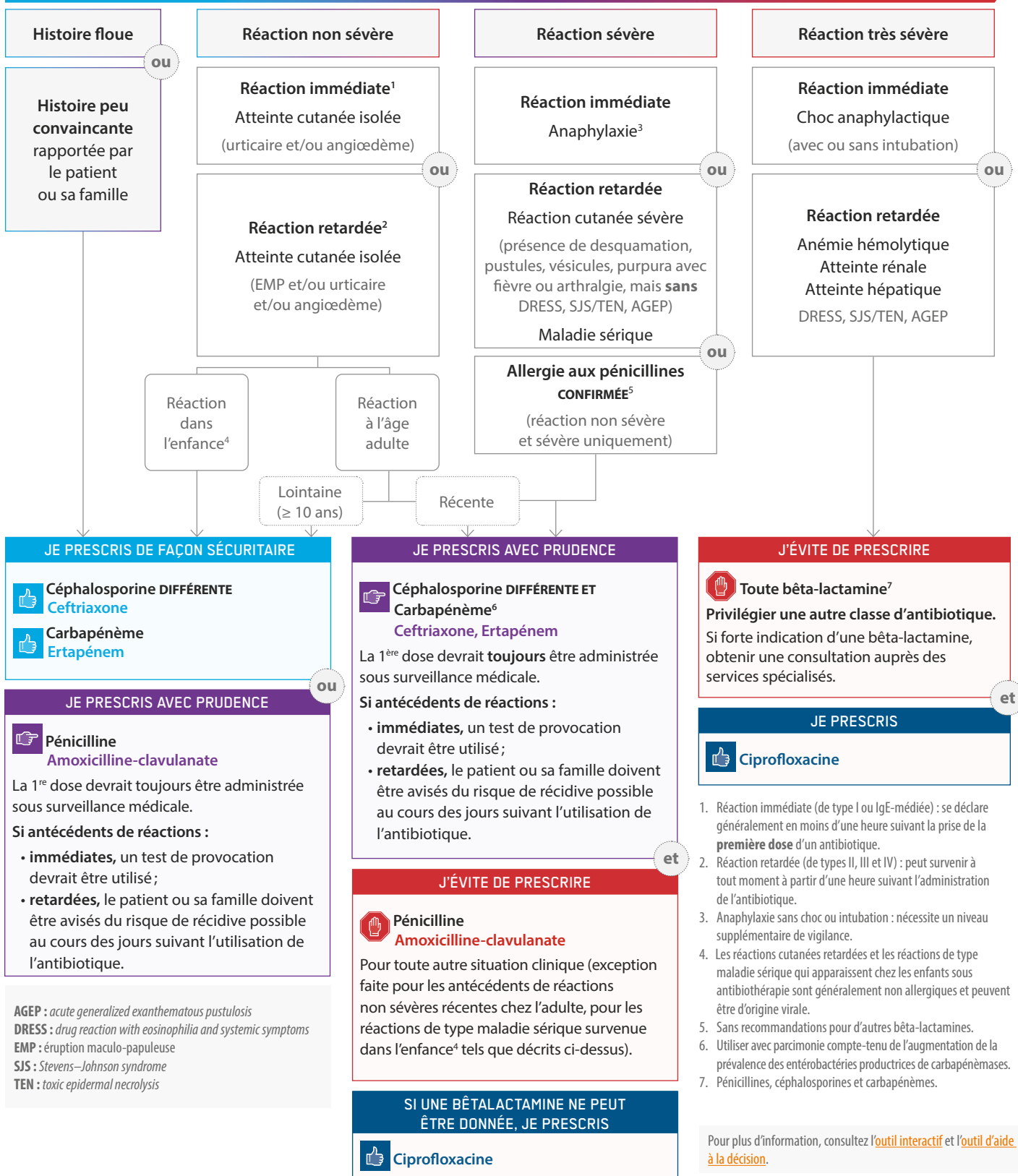
- Il s'agit d'une corticothérapie orale à court terme (moins de 2 semaines);
- La corticothérapie est administrée chaque jour ou tous les 2 jours, en dose faible ou modérée, soit moins de 2 mg / kg / jour de prednisone ou un maximum de 20 mg / jour;
- Il s'agit d'une corticothérapie à doses physiologiques, administrée dans un but de remplacement et de maintien chez une personne sans immunodéficience sous-jacente;
- Il s'agit d'une corticothérapie topique (nasale, bronchique, oculaire ou cutanée);
- Les infiltrations sont intra-articulaires ou tendineuses.



SÉVÉRITÉ DE LA RÉACTION ALLERGIQUE ANTÉRIEURE AUX ANTIBIOTIQUES DE LA CLASSE DES PÉNICILLINES

ÉVALUER LA SÉVÉRITÉ DE LA RÉACTION INITIALE ET ÉVALUER LES RISQUES EN COURS

PRISE DE DÉCISION CONCERNANT L'ADMINISTRATION D'UNE NOUVELLE BÊTA-LACTAMINE

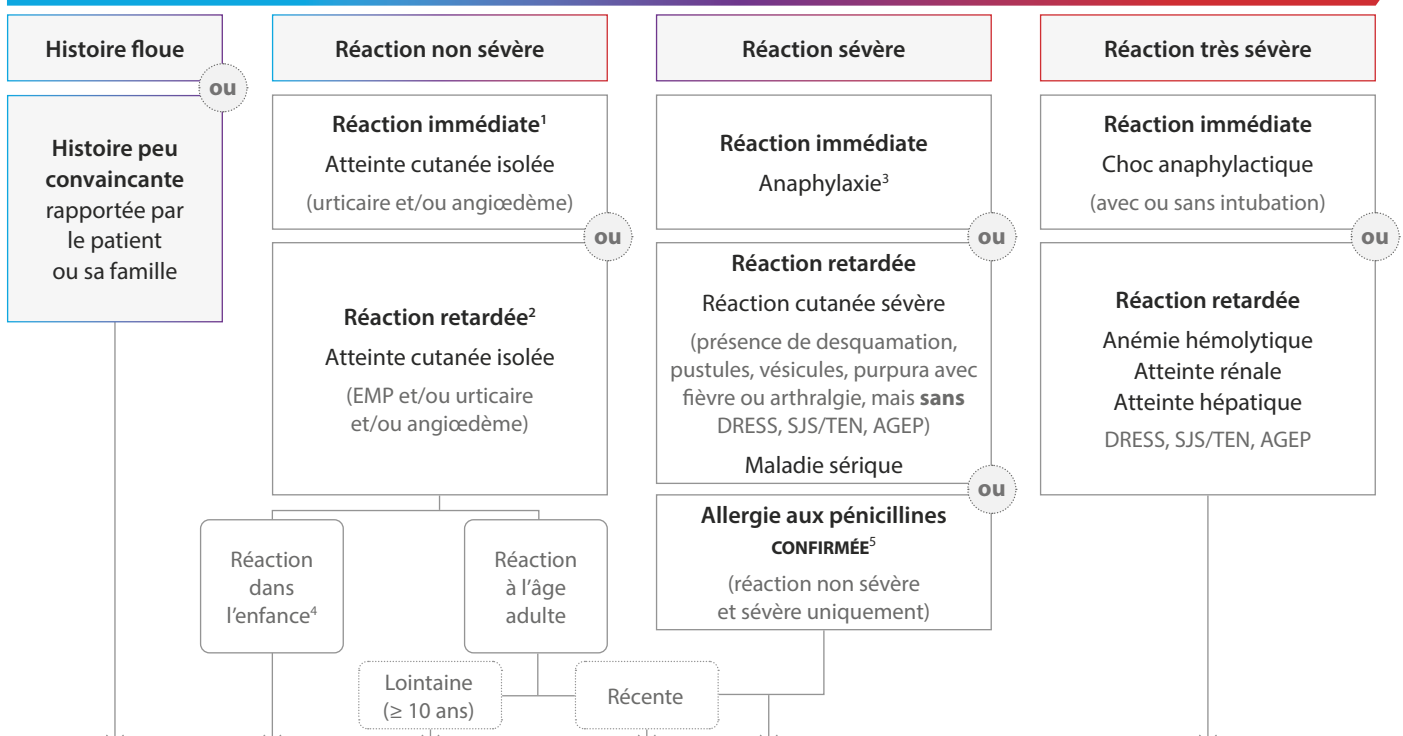


AGEP : acute generalized exanthematous pustulosis
 DRESS : drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms
 EMP : éruption maculo-papuleuse
 SJS : Stevens-Johnson syndrome
 TEN : toxic epidermal necrolysis

Pour plus d'information, consultez l'[outil interactif](#) et l'[outil d'aide à la décision](#).

SÉVÉRITÉ DE LA RÉACTION ALLERGIQUE ANTÉRIEURE AUX ANTIBIOTIQUES DE LA CLASSE DES PÉNICILLINES

ÉVALUER LA SÉVÉRITÉ DE LA RÉACTION INITIALE ET ÉVALUER LES RISQUES EN COURS



JE PRESCRIS DE FAÇON SÉCURITAIRE

- Céphalosporine **DIFFÉRENTE**
Céfépime
- Carbapénèmes⁶
Méropénem, Imipénem-cilastatine

JE PRESCRIS AVEC PRUDENCE

- Pénicilline**
Pipéracilline-tazobactam
- La 1^{re} dose devrait toujours être administrée sous surveillance médicale.
- Si antécédents de réactions :**
- **immédiates**, un test de provocation devrait être utilisé ;
 - **retardées**, le patient ou sa famille doivent être avisés du risque de récurrence possible au cours des jours suivant l'utilisation de l'antibiotique.

AGEP : acute generalized exanthematous pustulosis
DRESS : drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms
EMP : éruption maculo-papuleuse
SJS : Stevens-Johnson syndrome
TEN : toxic epidermal necrolysis

JE PRESCRIS AVEC PRUDENCE

- Céphalosporine **DIFFÉRENTE ET**
Carbapénèmes⁶
Céfépime, Méropénem, Imipénem-cilastatine
- La 1^{re} dose devrait **toujours** être administrée sous surveillance médicale.
- Si antécédents de réactions :**
- **immédiates**, un test de provocation devrait être utilisé ;
 - **retardées**, le patient ou sa famille doivent être avisés du risque de récurrence possible au cours des jours suivant l'utilisation de l'antibiotique.

J'ÉVITE DE PRESCRIRE

- Pénicilline**
Pipéracilline-tazobactam
- Pour toute autre situation clinique (exception faite pour les antécédents de réactions non sévères récentes chez l'adulte, pour les réactions de type maladie sérique survenue dans l'enfance⁴ tels que décrits ci-dessus).

SI UNE BÊTALACTAMINE NE PEUT ÊTRE DONNÉE, JE PRESCRIS

- Ciprofloxacine**

J'ÉVITE DE PRESCRIRE

- Toute bêta-lactamine⁷**
Privilégier une autre classe d'antibiotique.
Si forte indication d'une bêta-lactamine, obtenir une consultation auprès des services spécialisés.

JE PRESCRIS

- Ciprofloxacine**

1. Réaction immédiate (de type I ou IgE-médiée) : se déclare généralement en moins d'une heure suivant la prise de la **première dose** d'un antibiotique.
2. Réaction retardée (de types II, III et IV) : peut survenir à tout moment à partir d'une heure suivant l'administration de l'antibiotique.
3. Anaphylaxie sans choc ou intubation : nécessite un niveau supplémentaire de vigilance.
4. Les réactions cutanées retardées et les réactions de type maladie sérique qui apparaissent chez les enfants en antibiothérapie sont généralement non allergiques et peuvent être d'origine virale.
5. Sans recommandations pour d'autres bêta-lactamines.
6. Utiliser avec parcimonie compte-tenu de l'augmentation de la prévalence des entérobactéries productrices de carbapénèmes.
7. Pénicillines, céphalosporines et carbapénèmes.

Pour plus d'information, consultez l'[outil interactif](#) et l'[outil d'aide à la décision](#).

PRISE DE DÉCISION CONCERNANT L'ADMINISTRATION D'UNE NOUVELLE BÊTA-LACTAMINE