

GUIDE D'ANTIBIOTHÉRAPIE DU CSSSNL : ÉTATS FÉBRILES SYSTÉMIQUES ET ÉTATS DE CHOC

Table des matières

Choc septique chez l'adulte	Choc toxique streptococcique	Choc toxique staphylococcique
Fièvre chez neutropénique	État fébrile systémique aigu sans foyer en pédiatrie	
Références	Révision	

Choc septique chez l'adulte

Syndrome	Agents habituels	Bilan	Tx initial avant résultat de culture	Alternative	Commentaires
Choc septique sans foyer évident à l'évaluation initiale	Coccis Gram \oplus Bacilles Gram θ Anaérobies	Hémocultures RX poumons A+C urine Culture de tout site suspect	Pipéracilline / tazobactam (tazocin) 4.5 g IV q 6h	Meropenem 1g IV q 8h	Durée selon foyer trouvé après investigation, voir autres section du guide.

Choc toxique

Syndrome	Agents habituels	Bilan	Tx initial avant résultat de culture	Alternative	Commentaires
Choc toxique à Streptocoque	<i>Streptocoque</i> β -hémolytique du groupe A (plus rarement groupe B, C ou G)	Hémocultures Culture gorge A+C urine Culture de tout site suspect d'infection Consultation microbiologie Consultation orthopédie si invasion tissulaire suspectée	Pénicilline 4 X 10 ⁶ U IV q 4h \oplus Clindamycine 900 mg IV q 8h Considérer, selon l'avis du microbiologiste : Gamma-globulines humaines 1 g/ kg jour 1, puis 0,5 g/ kg jours 2 et 3	La pénicilline peut être remplacée par la céfazoline 2g iv q 8h ou la vancomycine 1g IV q 12h	<u>Choc toxique = hypotension et \geq 2 critères :</u> Défaillance rénale Coagulopathie Atteinte hépatique SDRA Rash généralisé Nécrose des tissus mous MADO Isolement gouttelle-contact
Choc toxique à Staphylocoque	<i>Staphylocoque aureus</i> (toxine)	Hémocultures Culture de tout site suspect d'infection	Cloxacilline 2g IV q 4h	Céfazoline 2g IV	Le plus important est le traitement de soutien. L'antibiotique ne fait que diminuer les récurrences.

Fièvre chez clientèles spécifiques

Syndrome	Agents habituels	Bilan	Tx initial avant résultat de culture	Alternative	Commentaires
Neutropénie (neutrophiles < 500 au décompte absolu) Fièvre sans foyer clinique évident à l'évaluation initiale Si choc, voir tableau ci-haut	Coccis Gram⊕ Bacilles Gram⊖, incluant <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Hémocultures (dont une série via cathéter central si présent) RX poumons A+C urine Culture de tout site suspect Consultations en hématologie et microbiologie suggérées	Pipéracilline-tazobactam (tazocin) 4.5 g IV q 6h	Meropenem 1g IV q 8h	Selon le site infecté. Si pas de foyer clair : durée jusqu'à 72h sans fièvre et 5 jours de traitement, peu importe le décompte des neutrophiles. Exception : si patient avec leucémie aiguë, traitement de 10 jours ou jusqu'à résolution de la neutropénie.
Pt splénectomisé ou asplénie fonctionnelle Sans foyer évident à l'évaluation initiale Si choc, voir tableau ci-haut	Pneumocoque Méningocoque <i>H. influenzae</i> Capnocytophaga	Hémocultures RX poumons A+C urine Culture de tout site suspect	Ceftriaxone 2g IV q 24h		Durée selon foyer trouvé après investigation, voir autres sections du guide. Vérifier vaccinal et proposer mise à jour au congé si nécessaire.

État fébrile systémique aigu sans foyer en pédiatrie

Syndrome	Agents habituels	Bilan	Tx initial avant résultat de culture	Alternative	Commentaires
0 - 1 mois	Streptocoque B <i>E. coli</i> <i>Listeria</i> Entérobactéries	Hémoculture P. lombaire RX poumons A+C urine Culture de tout site suspect	Ampicilline 100 mg/kg/jour DIV q 6h ⊕ Tobramycine 2,5 mg/kg q 8h	Ampicilline 100 mg/kg/jour DIV q 6h ⊕ Céfotaxime 100-200 mg/kg/jour DIV q 6h	
> 1 mois	Pneumocoque <i>H. influenzae</i> Streptocoque A Méningocoque <i>S. aureus</i>	Hémoculture RX poumons A+C urine +/- PL Culture de tout site suspect	Céfotaxime 300 mg/kg/jour DIV q 6h		Si enfant septique (ou suspicion de méningite) : voir tableau choc ou système nerveux central

Références

- ♦ « Guide sur le diagnostic et le traitement des infections invasives à Streptocoque β-hémolytiques du groupe A », F. Lamothe, AMMIQ 1995
- ♦ « Antimicrobial Agents in Neutropenic Patients with Cancer : 2010 Update by the Infectious Diseases Society of America », CID 2011; 52: e56-93
- ♦ « Surviving Sepsis Campaign : International Guideline for Management of Severe Sepsis and Septic Shock : 2012 », Critical Care Medicine 2012; 41; 2: 580-637
- ♦ Réunion du comité d'utilisation optimale des antibiotiques du 7 mai 2014
- ♦ *Procalcitonin to Reduce Long-Term Infection-associated Adverse Events in Sepsis : A Randomized Trial* American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine Volume 203 Number 2 | January 15 2021

- ◆ Aguilar-Guisado M, Espigado I, Martin-Pena A, et al. *Optimisation of empirical antimicrobial therapy in patients with haematological malignancies and febrile neutropenia (How Long study): an open-label, randomised, controlled phase 4 trial.* Lancet Haematol 2017; 4(12): e573-e83

Comité d'usage optimal des antibiotiques, regroupant des microbiologistes-infectiologues, des pharmaciens et des médecins de diverses spécialités

Révisé le 2003-08-18 MC6 | 2007-04-18 MC6,YK | 2014-02-06 ALL,MC6 | 2016-03-17 ALL | 2023-02-17 ALL | 2024-03-12 ALL