

Tableau 16. Traitement des **infections intra-abdominales** selon la situation clinique chez l'adulte

SITUATION CLINIQUE	OPTIONS THÉRAPEUTIQUES ^{*,a}
Thérapie orale pour la diverticulite non compliquée ^b ou pour le relais oral d'une thérapie amorcée par voie intraveineuse	<ul style="list-style-type: none"> Ciprofloxacine 500 mg PO BID ET Métronidazole (FlagylMD) 500 mg PO TID Amoxicilline-clavulanate 875 mg PO BID
	Alternatives : <ul style="list-style-type: none"> Céfixime 400 mg PO die ET métronidazole TMP-SMX DS PO BID ET métronidazole
Thérapie parentérale Infection communautaire légère à modérée, sans facteur de risque de résistance	<ul style="list-style-type: none"> Ceftriaxone (Rocephin^{MD}) 1-2 g IV die ET Métronidazole 500 mg PO/IV TID Ciprofloxacine 500 mg PO BID (ou 400 mg IV q 12h)^c ET Métronidazole 500 mg PO/IV TID
	Alternatives : <ul style="list-style-type: none"> Céfuroxime 1.5 g IV q 8h ET métronidazole Ertapénem 1 g IV die
Thérapie parentérale Infection communautaire sévère, infection nosocomiale ou utilisation d'antibiotiques à large spectre au cours des 3 derniers mois	<ul style="list-style-type: none"> Pipéracilline-tazobactam^d 3.375 g IV q 6h
	<ul style="list-style-type: none"> Méropénem^d 1 g IV q 8h
	<ul style="list-style-type: none"> Ceftazidime 2 g IV q 8h ET métronidazole^d, ± ampicilline ou vancomycine^f
	<ul style="list-style-type: none"> Ciprofloxacine 400 mg IV q 12h ET métronidazole^e, ± ampicilline ou vancomycine^f

* Ajuster les posologies selon la fonction rénale.

- Une durée totale de traitement de 4 jours est généralement suffisante lorsque la source de l'infection a été contrôlée (ex. : exérèse d'un appendice perforé ou drainage d'un abcès par voie percutanée ou chirurgicale) et qu'il y a eu amélioration clinique (résolution de la fièvre, diminution des globules blancs, reprise du péristaltisme). Une antibiothérapie d'une durée inférieure à 24 heures est généralement suffisante pour les conditions suivantes :
 - appendicite aiguë non compliquée opérée;
 - cholécystite aiguë non compliquée opérée;
 - perforation intestinale traumatique opérée et corrigée complètement en moins de 12 heures;
 - contamination d'un champ opératoire par du contenu entérique;
 - perforation de l'estomac, du duodénum ou du jéjunum proximal en l'absence de thérapie réductrice d'acidité ou de cancer.
- Une durée de traitement de 5 à 7 jours est généralement suffisante pour la diverticulite non compliquée.
- Administration de la ciprofloxacine IV au lieu de PO seulement si *nil per os* strict, incapacité à prendre des comprimés ou problème de malabsorption significative (ex. : syndrome d'intestin court).
- Une dose initiale de gentamicine ou de tobramycine (7 mg/kg) est suggérée selon la sévérité de l'infection, surtout en présence d'une bactériémie à bacilles Gram négatif en attendant l'antibiogramme.
- Une dose initiale de gentamicine ou de tobramycine (7 mg/kg) est recommandée avec cette combinaison.
- Ajouter ampicilline ou vancomycine pour le traitement définitif ou empirique de l'entérocoque dans les conditions suivantes : infection nosocomiale, thérapie récente avec une céphalosporine, immunosuppression, maladie valvulaire cardiaque à haut risque d'endocardite ou présence de matériel prothétique intravasculaire.