

# SEPSIS (FIEVRE D'ORIGINE INCONNUE): INFECTION NOSOCOMIALE TARDIVE CHEZ LE PATIENT IMMUNOCOMPETENT

## • Aspects cliniques et commentaires

- Début des symptômes > 5 à 7 jours après l'admission à l'hôpital.
- Facteurs de risque d'infections à pathogènes résistants.
  - Infection à pathogènes à Gram-positif: colonisation par MRSA ou *Streptococcus pneumoniae* résistant à la pénicilline, suspicion d'infection sur cathéter, présence d'une infection cutanée ou des tissus mous.
  - Infections à pathogènes à Gram-négatif: colonisation par des entérobactéries productrices d'ESBL ou par des entérobactéries productrices de carbapénémases (CPE), hospitalisation dans un centre où on voit fréquemment des infections à bacilles à Gram-négatif résistants au début d'une neutropénie fébrile.
- Facteurs de risque d'infections fongiques invasives (candidémie ou candidose invasive): séjour prolongé à l'USI, chirurgie abdominale prolongée et compliquée, exposition prolongée préalable à ou colonisation par *Candida* spp.

## • Pathogènes impliqués

- Coques à Gram-positif.
- Bacilles à Gram-négatif (*Pseudomonas aeruginosa* doit toujours être couvert en cas de sepsis après une procédure invasive).
- *Candida* spp.

## • Traitement anti-infectieux empirique

- Traitement antibactérien.
  - Régimes.
    - Patients sans facteurs de risque d'infections à pathogènes résistants (à part la durée du séjour à l'hôpital).
      - ▲ Sepsis sévère ou choc septique.
        - △ Premier choix: pipéracilline-tazobactam + amikacine.
        - △ Alternatives.
          - ◆ Céfépime + amikacine ± métronidazole.
          - ◆ Céfépime + amikacine ± ornidazole.
          - ◆ Ceftazidime + amikacine ± métronidazole.
          - ◆ Ceftazidime + amikacine ± ornidazole.
        - ▲ Syndrome de réponse inflammatoire systémique ou sepsis non sévère.
          - △ Premier choix: pipéracilline-tazobactam.
          - △ Alternatives.
            - ◆ Céfépime ± métronidazole.
            - ◆ Céfépime ± ornidazole.
            - ◆ Ceftazidime ± métronidazole.
            - ◆ Ceftazidime ± ornidazole.
        - Patients avec facteurs de risque d'infections à pathogènes résistants: voir remarques préalables concernant le sepsis.
      - Métronidazole et ornidazole: à n'ajouter au régime qu'en cas de (suspicion d') infection abdominale.
    - Posologies standard.
      - Amikacine: doses de 25 à 30 mg/kg iv administrées aux intervalles les plus courts (minimum 24 heures) permettant d'atteindre des concentrations sériques de vallée de < 3 µg/ml.
      - Céfépime: 2 g iv q8h.
      - Ceftazidime: 2 g iv q8h.
      - Métronidazole: 500 mg iv q8h ou 1,5 g iv q24h.
      - Ornidazole: 1 g iv q24h.
      - Pipéracilline-tazobactam: (4 g pipéracilline + 500 mg tazobactam) iv q6h.
    - Durée totale du traitement antibactérien adéquat (empirique + documenté).
      - Amikacine: maximum 3 jours.
      - Autres antibiotiques: durée dépend du diagnostic final, des pathogènes impliqués et de leurs sensibilités, de la réponse clinique.
  - Traitement antimycosique: régimes standard pour adultes (uniquement pour patients avec choc septique + facteurs de risque d'infections fongiques invasives).
    - Patients pas exposés récemment à des triazolés et pas colonisés par des souches résistantes au fluconazole: fluconazole (400 mg iv q12h).
    - Patients récemment exposés à des triazolés ou colonisés par des souches résistantes au fluconazole (échinocandines pas remboursées par l'INAMI dans cette indication).

- Anidulafungine (dose de charge de 200 mg iv au jour 1, suivie, à partir de jour 2, par 100 mg iv q24h).
- Caspofungine (dose de charge de 70 mg iv au jour 1, suivie, à partir de jour 2, par 50 mg iv q24h chez les patients  $\leq$  80 kg et 70 mg iv q24h chez les patients  $>$  80 kg).
- Durée totale du traitement antifongique adéquat (empirique + documenté): la durée dépend du diagnostic final, des pathogènes impliqués et de leurs sensibilités, de la réponse clinique.