

Guide d'antibiothérapie empirique des sepsis maternels – CIUSSS MCQ

Mise en garde : ce guide ne remplace pas le jugement du clinicien

	Antepartum ou intrapartum	Postpartum	Alternatives si contre-indications	Durée totale (jours)
Chorioamnionite / infection intraamniotique	Ampicilline 2 g IV q 6 h + Gentamicine 5 mg/kg IV q 24 h (max :500mg) (+Métronidazole 500 mg IV q 8 h si anaérobies suspectées ou si césarienne à venir) Alternative si anaérobies suspectées: Piperacilline-tazobactam 4,5 g IV q 6 h (seule)	Non applicable	Si allergie aux pénicillines (avec ou sans anaphylaxie) sans réaction sévère retardée [§] : CéFAZoline 2 g IV q 8 h + Gentamicine 5 mg/kg IV q 24 h (max :500mg) Si allergie aux pénicillines et à céFAZoline ET streptocoque groupe B positif sensible à la clindamycine %: Clindamycine 900 mg IV q 8 h + Gentamicine 5 mg/kg IV q 24 h (max :500mg) Si hospitalisation récente ou suspicion de germes Gram négatif multirésistants: Ertapénem 1 g IV q 24 h	Période péripartum seulement avec 1 dose supplémentaire post césarienne et pas de dose supplémentaire post accouchement vaginal
Endométrite	Non applicable	Amoxicilline-clavulanate 2 g IV q 8 h Si état clinique instable: Piperacilline-tazobactam 4,5 g IV q 6 h	Si allergie aux pénicillines (avec ou sans anaphylaxie) sans réaction sévère retardée [§] : CefTRIAXone 2 g IV q 24 h + Métronidazole 500 mg IV q 8 h Si allergie aux pénicillines et à ceftriaxone: Clindamycine 900 mg IV q 8 h + Gentamicine 5 mg/kg IV q 24 h (max :500mg)	7-10 (ou ad 24-48 h post résolution fièvre et douleur)
	1 ^{er} choix		Première alternative (si allergie au 1 ^{er} choix)	Durée totale (jours)
Foyer indéterminé	Pipéracilline/tazobactam 4,5 g IV q 6 h + Vancomycine [¶] 25 mg/kg IV x 1 dose puis selon le pharmacien (ex : 15-20 mg/kg IV q 8-12h)		Méropénem [#] 1 g q 8 h + Vancomycine [¶] 25 mg/kg IV x 1 dose puis selon le pharmacien (ex : 15-20 mg/kg IV q 8-12h)	Non applicable
Suspicion de sepsis à <i>Strept pyogenes</i> invasif	Pipéracilline/tazobactam 4,5 g IV q 6 h + Clindamycine 900 mg IV q 8 h		Pipéracilline/tazobactam 4,5 g IV q 6 h + Linezolid 600 mg IV q 12 h	7-14
Pyélonéphrite aiguë	CefTRIAXone 2 g IV q 24 h		Ampicilline 2 g IV q 6 h + Gentamicine 5 mg/kg IV q 24 h (max :500mg)	10-14
Pneumonie acquise en communauté	CefTRIAXone 2 g IV q 24 h + Azithromycine 500 mg IV q 24 h + Oseltamivir 75 mg PO BID (pendant la saison grippale et à cesser si influenza négatif)		Amoxicilline-clavulanate [€] 2 g IV q 8 h + Azithromycine 500 mg IV q 24 h + Oseltamivir 75 mg PO BID (pendant la saison grippale et à cesser si influenza négatif)	5-7 3 5

Notes particulières:

Contrôle de la source primordiale

[§] En cas d'antécédent d'**allergie immédiate aux pénicillines avec ou sans anaphylaxie**, les céphalosporines avec chaînes latérales différentes des pénicillines peuvent être administrées avec prudence (céfazoline ou ceftriaxone par exemple) ainsi que les carbapénèmes. Toutefois, un antécédent de **réaction retardée sévère non IgE-médiée** à une beta-lactamine (anémie hémolytique, atteinte rénale ou hépatique, DRESS, épidermolyse bulleuse toxique, syndrome de Stevens-Johnson) exclut l'option d'administrer une céphalosporine ou une carbapénème (pour plus d'informations, consulter le pharmacien ou le guide de l'INESSS suivant: https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Medicaments/INESSS_Outil_aide_decision_Allergie_penicillines.pdf)

[%] Si allergie aux pénicillines et à céFAZoline ET streptocoque groupe B positif résistant à la clindamycine, demander un avis en infectiologie ou considérer l'utilisation de l'ertapénem.

[¶] Si allergie sévère à la vancomycine, administrer linezolid 600 mg PO/IV q 12 h (seulement si bénéfices escomptés dépassent les risques potentiels pour le fœtus) Si linezolid non toléré, daptomycine 8-10 mg/kg IV q 24 h (éviter si foyer pulmonaire suspecté car inefficace) (seulement si bénéfices escomptés dépassent les risques potentiels pour le fœtus)

[€] En cas de travail actif et de rupture prématurée des membranes: prudence avec amoxicilline-clavulanate (car risque possible non prouvé d'entérocolite nécrosante)[#] Utiliser les carbapénèmes en dernier recours afin de préserver leur efficacité contre les souches d'entérobactéries productrices de bêta-lactamases à spectre étendu (BLSE) ou de bêta-lactamases Amp-C.

NB: ne pas substituer la gentamicine pour de la tobramycine

Chez femmes enceintes et post partum immédiat, utiliser le poids réel.

Guide d'antibiothérapie empirique des sepsis maternels – CIUSSS MCQ

Mise en garde : ce guide ne remplace pas le jugement du clinicien

Relais oraux possibles selon le foyer

Critères pour permettre un relais oral: Infection identifiée et bien contrôlée, absence de fièvre depuis au moins 24 h, patiente hémodynamiquement stable, capable de s'alimenter, sans signe clinique, radiologique ou chirurgical de collection drainée de façon sous-optimale.

NB: Un relais oral permet de *compléter* l'antibiothérapie et non de la *prolonger*.

	1 ^{er} choix (à ajuster selon l'antibiogramme)	Première alternative (à ajuster selon l'antibiogramme)	Durée totale d'antibiothérapie (jours)
Chorioamnionite/ infection intra-amniotique	Non applicable	Non applicable	Non applicable
Endométrite	Amoxicilline-clavulanate 875 mg PO BID +/- doxycycline 100 mg PO BID	Si allergie aux pénicillines: Cefuroxime-axétil 500 mg PO BID + Métronidazole 500 mg PO BID +/- doxycycline Si allergie à cefuroxime: clindamycine 450 mg PO QID:	7-10 (ou ad 24-48 heures post résolution de fièvre et douleur)
Pneumonie acquise en communauté	Amoxicilline 1 g PO q 8 h + Azithromycine en cours à compléter per os	Cefprozil 500 mg PO q 12 h + Azithromycine en cours à compléter per os	5-7 pour beta-lactamine (amoxicilline, cefprozil, ceftriaxone) 3 pour azithromycine
Pyélonéphrite aigue pendant la grossesse	β-lactamine avec le spectre le plus étroit sur l'antibiogramme (1 ^{er} : amoxicilline 500 mg PO TID; 2 ^e : céphalexine 500 mg PO QID; 3 ^e : cefprozil 500 mg PO BID; 4 ^e : cefixime 400 mg PO die) <i>Si résistance à ampicilline + céfazoline + cefuroxime, ne PAS donner de β-lactamine</i>	TMP-SMX [†] DS 1 co q 12 h	10 pour TMP-SMX 10-14 pour β-lactamine
Pyélonéphrite aigue post partum	TMP-SMX [†] DS 1 co q 12 h	β-lactamine avec le spectre le plus étroit sur l'antibiogramme (1 ^{er} : amoxicilline 500 mg PO TID; 2 ^e : céphalexine 500 mg PO QID; 3 ^e : cefprozil 500 mg PO BID; 4 ^e : cefixime 400 mg PO die) <i>Si résistance à ampicilline + céfazoline + cefuroxime, ne PAS donner de β-lactamine</i>	10 pour TMP-SMX 10-14 pour β-lactamine

[†] Éviter au 1^{er} trimestre TMP-SMX (si absolument nécessaire, augmenter acide folique 5 mg die), peut être administré aux 2^e et 3^e trimestres