

# TRAITEMENT ANTIMICROBIEN EMPIRIQUE DE L'INFECTION DU PIED DIABÉTIQUE

(Appuyé par le comité de gérance des antimicrobiens des réseaux de santé du Nouveau-Brunswick en février 2016)

Gravité de l'infection	Schémas empiriques privilégiés <sup>1</sup>	Schémas de rechange <sup>1</sup>	Commentaires
<b>Légère</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cellulite <b>de moins de 2 cm</b> sans atteinte des tissus plus profonds</li> <li>Sans menace pour le membre</li> <li>Aucun signe de toxicité systémique observé</li> </ul>	Plaie d'une durée <b>de moins de 4 semaines</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>céphalexine 500 mg par voie orale quatre fois par jour*</li> </ul> Plaie d'une durée <b>de plus de 4 semaines</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>sulfaméthoxazole/triméthoprim 800/160 mg par voie orale deux fois par jour* + métronIDAZOLE 500 mg par voie orale deux fois par jour</li> </ul>	Plaie d'une durée <b>de moins de 4 semaines</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>clindamycine 300 – 450 mg par voie orale quatre fois par jour (uniquement en cas d'allergie sévère aux bêta-lactamines)</li> </ul> Plaie d'une durée <b>de plus de 4 semaines</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>amoxicilline/clavulanate 875/125 mg par voie orale deux fois par jour* <b>OU</b></li> <li>doxycycline 100 mg par voie orale deux fois par jour + métronIDAZOLE 500 mg par voie orale deux fois par jour</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prise en charge des patients en consultation externe recommandée</li> <li>Adapter le schéma en fonction des résultats des analyses microbiologiques, des épreuves de sensibilité et de l'évolution du patient</li> </ul>
<b>Moyenne</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cellulite <b>de plus de 2 cm</b> ou atteinte des tissus plus profonds</li> <li>Sans menace pour le membre</li> <li>Aucun signe de toxicité systémique observé</li> </ul>	Plaie d'une durée <b>de moins de 4 semaines</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>céFAZoline 2 g par voie intraveineuse toutes les 8 heures* <b>OU</b></li> <li>cefTRIAxone 2 g par voie intraveineuse une fois par jour (Solution de rechange pour la prise en charge des patients externes lorsqu'il est impossible de procéder à l'administration ambulatoire de céFAZoline)</li> </ul> Plaie d'une durée <b>de plus de 4 semaines</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>céFAZoline 2 g par voie intraveineuse toutes les 8 heures* + métronIDAZOLE 500 mg par voie orale deux fois par jour <b>OU</b></li> <li>cefTRIAxone 2 g par voie intraveineuse une fois par jour + métronIDAZOLE 500 mg par voie orale deux fois par jour (Solution de rechange pour la prise en charge des patients externes lorsqu'il est impossible de procéder à l'administration ambulatoire de céFAZoline)</li> </ul>	Plaie d'une durée <b>de moins de 4 semaines</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>lévofloxacine 750 mg par voie intraveineuse/voie orale une fois par jour* (uniquement en cas d'allergie sévère aux bêta-lactamines)</li> </ul> Plaie d'une durée <b>de plus de 4 semaines</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>lévofloxacine 750 mg par voie intraveineuse/voie orale une fois par jour* + métronIDAZOLE 500 mg par voie orale deux fois par jour (uniquement en cas d'allergie sévère aux bêta-lactamines)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prise en charge initiale avec un traitement parentéral ambulatoire avant de passer rapidement à un traitement par voie orale après 48 à 72 heures en fonction de l'évolution du patient recommandée</li> <li>Adapter le schéma en fonction des résultats des analyses microbiologiques, des épreuves de sensibilité et de l'évolution du patient</li> </ul>
<b>Sévère</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Signes systémiques de septicémie</li> <li>Menace pour le membre ou le pied</li> <li>Atteinte étendue des tissus mous</li> <li>Pied sans pouls</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>pipéracilline/tazobactam 3,375 g par voie intraveineuse toutes les 6 heures*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>imipénème/cilastatine 500 mg par voie intraveineuse toutes les 6 heures* <b>OU</b></li> <li>lévofloxacine 750 mg par voie intraveineuse une fois par jour* + métronIDAZOLE 500 mg par voie orale/voie intraveineuse deux fois par jour (uniquement en cas d'allergie sévère aux bêta-lactamines)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prise en charge des patients en milieu hospitalier recommandée</li> <li>Évaluation vasculaire urgente en cas d'absence de pouls pédieux</li> <li>Adapter le schéma en fonction des résultats des analyses microbiologiques, des épreuves de sensibilité et de l'évolution du patient</li> </ul>

## Conseils cliniques :

- S'il y a un risque élevé d'infection associé au SARM, il faudrait aussi inclure le sulfaméthoxazole/triméthoprim 800/160 mg par voie orale deux fois par jour\* ou la doxycycline 100 mg par voie orale deux fois par jour dans le cas des infections légères et de la vancomycine dont la posologie est établie en fonction du poids jusqu'à un creux visé entre 15 à 20 mg/L dans le cas des infections modérées à graves.
- Le débridement, un bon contrôle de la glycémie et le soin approprié des plaies sont importants dans la gestion des infections du pied diabétique.
- Cultures : il est préférable d'effectuer le prélèvement d'échantillons de tissus après le nettoyage et le débridement de la plaie; les prélèvements par écouvillonnage de surface ou drainage de plaie ne sont pas recommandés.
- Dans une plaie infectée à l'inspection clinique, un test positif de plaie pénétrante au niveau de l'os est indicatif d'un diagnostic d'ostéomyélite.
- Imagerie : simple radiographie recommandée (l'imagerie isotopique est inutile).

## Durée du traitement

- Tissu mou uniquement : 2 semaines
- Atteinte de l'os avec débridement chirurgical complet de l'os infecté : 2 semaines
- Atteinte de l'os avec débridement chirurgical incomplet de l'os infecté : 4 - 6 semaines par voie intraveineuse
- Atteinte de l'os sans débridement chirurgical ou os nécrotique résiduel postopératoire : 6 semaines par voie intraveineuse, suivi de 6 semaines par voie orale

## Références :

- K. Bowering et J. M. Embil, « Lignes directrices de pratique clinique 2013 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada : Soins des pieds », Canadian Journal of Diabetes, suppl. 5, vol. 37 (2013), p. S522-S527.
- B. A. Lipsky et coll., « 2012 Infectious Disease Society of America Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Diabetic Foot Infections », Clinical Infectious Diseases, vol. 54, no 12 (2012), p. 132-173.
- B. A. Lipsky et coll., « Ertapenem versus piperacillin/tazobactam for diabetic foot infections (SIDESTEP): prospective, randomized, controlled, double-blinded, multicentre trial », Lancet, vol. 366 (2005), p. 1695-1703.
- E. Blondel-Hill et S. Fryters, Bugs & Drugs An Antimicrobial/Infectious Diseases Reference, Edmonton, Alberta Health Services, 2012.

\*ajustement de la dose requis selon la fonction rénale.