

PANCREATITE: INFECTION AIGUE, NECROTIQUE, COMMUNAUTAIRE APRES EXPOSITION RE- CENTE A DES ANTIBIOTIQUES

• *Aspects cliniques et commentaires*

- Infection du tissu (péri)pancréatique nécrotique, de collections de liquide (péri)pancréatique, de coulées de nécrose non encore collectées.
- Souvent associée avec cholangite (pancréatite biliaire).
- Caractérisée par douleur abdominale, concentrations sériques de lipase/amylase élevées (> 3 x limite supérieure de la normale) et imagerie spécifique.
- Exposition récente à des antibiotiques = exposition pendant ≥ 5 jours dans la période de 14 jours qui précède le début des symptômes actuels.
- Evaluation du besoin et du timing du contrôle du foyer infectieux: choix entre drainage chirurgical ou percutané basé sur base individuelle (souvent combinaison des 2 requise).

• *Pathogènes impliqués*

- Entérobactéries.
- Entérocoques.
- Streptocoques.
- Anaérobies.
- *Candida* spp.

• *Traitement anti-infectieux empirique*

- Régimes.
 - Premier choix: pipéracilline-tazobactam.
 - Alternatives.
 - Céfépime + métronidazole.
 - Céfépime + ornidazole.
 - Ceftazidime + métronidazole.
 - Ceftazidime + ornidazole.
 - Méropénem.
- Posologies standard.
 - Céfépime: 2 g iv q8h.
 - Ceftazidime: 2 g iv q8h.
 - Méropénem: 1 à 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 anti-infectieux adéquat (empirique + documenté): 7 à 10 jours (traitement plus long peut être nécessaire en cas de contrôle du foyer infectieux inadéquat ou difficile à atteindre).