

RHINOSINUSITE: INFECTION AIGUE CHEZ LE PATIENT AVEC UNE INTUBATION NASOTRACHEALE OU NASOGASTRIQUE

• Aspects cliniques et commentaires

- Une intubation nasotrachéale ou nasogastrique de ≥ 48 heures peut être suivie par une otite moyenne aiguë avec effusion ou une rhinosinusite.
- Le tube nasotrachéal ou nasogastrique doit être retiré et, si la fièvre persiste, un traitement empirique doit être entamé.
- Culture de levure positive: à considérer comme une colonisation.

• Pathogènes impliqués

Généralement infection polymicrobienne.

- Bacilles à Gram négatif (y compris *Pseudomonas aeruginosa*).
- Coques à Gram positif.
- Champignons.

• Traitement anti-infectieux empirique

- Régimes.
 - Patients sans risques d'infections à staphylocoques résistants à la méticilline.
 - Premier choix: pipéracilline-tazobactam.
 - Alternatives.
 - ▲ Céfépime.
 - ▲ Ceftazidime.
 - ▲ Méropénem.
 - Patients avec risques d'infections à staphylocoques résistants à la méticilline.
 - Premier choix: vancomycine + pipéracilline-tazobactam.
 - Alternatives.
 - ▲ Vancomycine + céfépime.
 - ▲ Vancomycine + ceftazidime.
 - ▲ Vancomycine + méropénem.
- Posologies standard.
 - Céfépime: 2 g iv q8h.
 - Ceftazidime: 2 g iv q8h.
 - Méropénem: 1 à 2 g iv q8h.
 - Pipéracilline-tazobactam: (4 g pipéracilline + 500 mg tazobactam) iv q6h.
 - Vancomycine: dose de charge de 25 à 30 mg/kg iv, immédiatement suivie soit par une perfusion continue titrée pour atteindre des concentrations sériques de 20 à 30 $\mu\text{g/ml}$ soit par des perfusions intermittentes q12h titrées pour atteindre des concentrations sériques de vallée de 15 à 20 $\mu\text{g/ml}$.
- Durée totale du traitement anti-infectieux adéquat (empirique + documenté): dépend de l'évolution clinique et biologique.