

Prise en charge pneumopathies communautaires aiguës

Dr BOURAS

Cas clinique:

- ▶ Patient de 66 ans toux fébrile
- ▶ 75kg, 1m79 - Aucun antécédent - aucun traitement - Tabagique - Marié, 3 enfants - Pas d'allergie
- ▶ Depuis 48 heures une toux fébrile avec une asthénie - pas de voyage récent
- ▶ Température 38° 4 C, PA 132/87 mmHg, FC 90/min, saturation 96% AA, FR 18/min, état général conservé
- ▶ foyer de crépitants en base droite

QUEL TRAITEMENT?

- ▶ AMOXICILLINE 1g*3/j
- ▶ AMOXICILLINE - ACIDE CLAV 1g*3/j
- ▶ CEFTRIAXONE 1g/j
- ▶ PRISTINAMYCINE 1g*3/j
- ▶ LEVOFLOXACINE 500mg 1/j

- ▶ Réévaluation à 72h:
 - ▶ Patient apyrétique
 - ▶ Constantes normales

QUELLE DUREE?

- ▶ 3j?
- ▶ 5j?
- ▶ 7j?
- ▶ 10j?

Examens paracliniques

▶ Biologie : dosage PCT ou CRP non recommandé (pour le diagnostic ou le suivi)

▶ ECBC, HC

▶ Antigénuries :

PAC hospitalisées non graves : antigénurie *Legionella* si arguments évocateurs

PAC hospitalisées graves : antigénurie *Legionella* et pneumocoque

▶ Indications PCR virale : Patients hospitalisés (selon le contexte épidémique) : il est recommandé de faire une PCR virale (recherche virus Influenza A/B, VRS et SARS-CoV-2)

▶ Imagerie : radiographie de thorax ou échographie pleuropulmonaire, Scanner en cas de doute diagnostique.

Rappel des signes de gravité (un critère majeur ou 3 critères mineurs) :

ETAPE 1

Critères majeurs	Choc septique
	Détresse respiratoire nécessitant le recours à la ventilation mécanique
Critères mineurs	Fréquence respiratoire ≥ 30 cycles/min
	$\text{PaO}_2/\text{FIO}_2 \leq 250^*$
	Infiltrats <u>multilobaires</u> (i.e., ≥ 2)
	Confusion/désorientation
	Urée plasmatique $\geq 7,14$ mmol/L
	Leucopénie (leucocytes $< 4\ 000/\text{mm}^3$)†
	Thrombocytopénie (plaquettes $< 100\ 000/\text{mm}^3$)
	Hypothermie (température corporelle $< 36^\circ\text{C}$)
	Hypotension nécessitant une expansion volémique



Comorbidités à considérer dans le choix de l'antibiothérapie probabiliste (un seul critère):

ETAPE 2

- ▶ Hospitalisation dans les 3 derniers mois
- ▶ Antibiothérapie dans le mois précédent (sauf PIVMECILLINAM, NITROFURANTOINE, FOSFOMYCINE orale)
- ▶ Insuffisance cardiaque congestive
- ▶ Insuffisance rénale <30ml/min
- ▶ Insuffisance hépatique
- ▶ BPCO sévère (VEMS <50%) ou insuffisance respiratoire chronique sous OLD ou VNI
- ▶ Immunodépression
- ▶ Néoplasie
- ▶ OH chronique
- ▶ Maladie neurodégénérative avec risque de fausses routes
- ▶ Fausses routes

PEC PAC ambulatoires



	1 ^{er} choix	Alternative	Echec à 48-72h
Sans comorbidité	Amoxicilline	Pristinamycine	Macrolide
Au moins une comorbidité	Amoxicilline-acide clavulanique	C3G parentérale (ceftriaxone ou céfotaxime)	Macrolide
Suspicion de coinfection bactérienne sur pneumonie virale	Amoxicilline-acide clavulanique	C3G parentérale (ceftriaxone ou céfotaxime) Ou pristinamycine	Macrolide
Suspicion de bactérie atypique	Macrolide	Pristinamycine ou doxycycline	Béta Lactamine en fonction des comorbidités

SUSPICION d'ALLERGIE aux PÉNICILLINES

ÉVALUATION SÉVÉRITÉ

Réaction non sévère

Réaction immédiate
Atteinte cutanée isolée
(urticaire et/ou angioedème)

Réaction retardée
EMP isolé
(<50% de la surface, pas
d'atteinte muqueuse, pas
décollement/bulle, absence de
signes systémiques#, durée <7
jours)

Réaction sévère

Réaction immédiate
Anaphylaxie
Grade II

Réaction très sévère

Réaction immédiate
Anaphylaxie
Grade III et IV

Réaction retardée
EMP sévère (> 50% de la
surface, atteinte des
muqueuses, purpura,
décollement/bulle, signes
systémiques#)
EPF, DRESS, SJS/Lyell, PEAG

AIDE AU CHOIX DE LA BÉTA-LACTAMINE

JE PEUX PRESCRIRE

-  Céphalosporines avec des chaînes latérales DIFFÉRENTES*
-  Aztréonam
-  Carbapénèmes

JE NE PRESCRIS PAS

-  Pénicillines
-  Céphalosporines avec des chaînes latérales SIMILAIRES*

JE PEUX PRESCRIRE avec PRUDENCE¹

-  Céphalosporines avec des chaînes latérales DIFFÉRENTES*
-  Aztréonam
-  Carbapénèmes

JE NE PRESCRIS PAS

-  Pénicillines
-  Céphalosporines avec des chaînes latérales SIMILAIRES*

JE PEUX PRESCRIRE avec PRUDENCE¹

- En cas de réaction immédiate,  Aztréonam
-  Carbapénèmes

JE NE PRESCRIS PAS

-  Dans les autres cas, Bêta-lactamines
- Privilégier une autre classe d'antibiotique.
- Si indication nécessaire d'une bêta-lactamine, demandez avis auprès d'un allergologue

PEC PAC non graves en hospitalisation

	1 ^{er} choix	Alternative
Sans comorbidité	Amoxicilline	C3G parentérale (ceftriaxone ou céfotaxime)
Avec comorbidité(s)	Amoxicilline-acide clavulanique	C3G parentérale (ceftriaxone ou céfotaxime)
Suspicion de co/surinfection bactérienne d'une infection virale (grippe)	Amoxicilline-acide clavulanique	C3G parentérale (ceftriaxone ou céfotaxime)
Tableau évocateur d'infection à bactérie atypique	Macrolide	Lévofloxacine
Si colonisation et/ou infection respiratoires récentes (< 1 an) documentées à <i>P. aeruginosa</i>	Céfépime ou pipéracilline-tazobactam	

PEC PAC graves en hospitalisation

- ▶ C3G parentérale (ceftriaxone ou céfotaxime) + Macrolide
Allergie ou alternative : LEVOFLOXACINE
- ▶ Colonisation et/ou infection respiratoires récentes (< 1 an) documentées à *P. aeruginosa* Ou Antibiothérapie parentérale récente (< 3 mois) ou BPCO grave ou bronchectasies ou trachéotomie : Céfépime ou pipéracilline-tazobactam
- ▶ Corticothérapie systémique en l'absence de pneumopathie d'inhalation ou de myélosuppression ou d'étiologie grippale : Hémisuccinate d'hydrocortisone dans les 24 heures suivant l'apparition des signes de gravité
200 mg/j (IVSE) : J1-J4 puis décroissance. Durée totale (fonction de la réévaluation) : 8 à 14 jours



Traitement des PAC à bactéries atypiques :

- ▶ Légionellose : macrolide - Si forme grave ou contre-indication aux macrolides : LÉVOFLOXACINE
- ▶ *Mycoplasma pneumoniae* : macrolide - alternative : Doxycycline - si CI aux macrolides ou cyclines : LEVOFLOXACINE
- ▶ *Chlamydia pneumoniae* : macrolide - alternative : Doxycycline - si CI aux macrolides ou cyclines : LEVOFLOXACINE

Durée de traitement:

- ▶ PAC avec critères de stabilité clinique à J3 : 3j
- ▶ PAC avec critères de stabilité clinique > J3-J5 : 5j
- ▶ Autre : 7j



- ▶ **Un traitement supérieur à 7 jours doit être argumenté (ex : complications)**
- ▶ Un scanner thoracique est à proposer à 2 mois en cas de facteurs de risque de cancer chez les patients >50 ans tabagique (>20 PA actif ou sevré depuis <15 ans).



Prise en charge pneumopathies d'inhalation

Définition

- ▶ Prolifération et invasion bactérienne du parenchyme pulmonaire secondaire à l'inhalation de sécrétions colonisées par des bactéries pathogènes.
- ▶ **A différencier d'une pneumopathie chimique** : inhalation du contenu gastrique qui peut être à l'origine d'une réaction inflammatoire précoce sans cause bactérienne. Il n'y a pas de période d'incubation contrairement à la pneumopathie d'inhalation.
- ▶ **Un tableau respiratoire aigu immédiatement secondaire à une fausse route (pneumonie chimique) ne répond pas à la définition.**
- ▶ Les bactéries les plus identifiées : *S.pneumoniae*, *H.influenzae*, *S.aureus*, enterobactéries. Moins fréquemment : *P.aeruginosa*. Les bactéries anaérobies sont actuellement rarement identifiées.

Examens paracliniques

- ▶ Aucun examen complémentaire bactériologique systématique n'est recommandé.
- ▶ Les antigénuries ne sont pas recommandées.
- ▶ Un ECBC doit être réalisé avant l'initiation d'une antibiothérapie à activité anti *P.aeruginosa*.

Traitement

- ▶ Après une fausse route constatée : **pas d'antibiothérapie, surveillance clinique**
- ▶ En première intention : AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE PO ou IV.
- ▶ En cas d'impossibilité de la voie orale ou IV : CEFTRIAXONE SC en monothérapie sans METRONIDAZOLE 
- ▶ En cas d'allergie à la pénicilline sans contre-indication aux C3G : CEFTRIAXONE SC ou IV en monothérapie.
- ▶ En cas de contre-indication aux bêta-lactamines : COTRIMOXAZOLE PO (800/160mg) ou IV 

- ▶ En l'absence d'évolution favorable à 72h : relai par PIPERACILLINE - TAZOBACTAM
- ▶ En cas de rechute ou de récurrence d'une PI ayant eu une évolution favorable : reprendre le schéma antibiotique initial.
- ▶ En cas de patient précédemment connu colonisé à SARM : ajout du LINEZOLIDE en traitement probabiliste.
- ▶ En cas d'ATCD de colonisation ou d'infection respiratoire récente (<1an) documentée à Pseudomonas, antibiothérapie parentérale récente (<3mois), BPCO sévère, bronchectasies, trachéotomie : couvrir par PIPERACILLINE - TAZOBACTAM.
- ▶ Durée de traitement :5 jours 

Take Home message



- ▶ Age n'est plus un facteur à prendre en compte dans le choix de l'ATB
- ▶ Raccourcissement durée de traitement
- ▶ Précaution prescription Ag
- ▶ Corticothérapie en cas de pneumonie sévère
- ▶ Scanner de contrôle à 2 mois en cas de FDR