

# 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 $\geq 30$ cycles/min
	$\text{PaO}_2/\text{FIO}_2 \leq 250^*$
	Infiltrats <u>multilobaires</u> (i.e., $\geq 2$ )
	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  $<30\text{ml/min}$
- ▶ 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 <sup>er</sup> 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 BÊTA-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 PRUDENCE<sup>1</sup>

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


### JE NE PRESCRIS PAS

-  Pénicillines
-  Céphalosporines avec des chaînes latérales SIMILAIRES\*

### JE PEUX PRESCRIRE avec PRUDENCE<sup>1</sup>

- 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 <sup>er</sup> 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 tazobactam      pipéracilline-	

# 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 : LEVOFLOXACINE
- ▶ *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