

# LE BON USAGE

## DES ANTI INFECTIEUX

Numéro 6

Octobre 2017

Feuille éditée par le CAI du CHU destinée à tous les prescripteurs d'antibiotiques des établissements de santé et établissements médico-sociaux.  
Diffusé par la CAI du CHU de Clermont-Ferrand et le CPIas ARA, site de Clermont-Ferrand

### L'édito du Président

L'infection pulmonaire est l'infection bactérienne la plus fréquente après l'infection urinaire. C'est dire l'importance du bon usage des anti-infectieux dans une pathologie courante mais pas si facile à appréhender en pratique clinique. Pour des raisons didactiques, des choix ont été faits dans les traitements proposés par rapport aux recommandations. Bonne lecture.

Olivier Lesens

## Les pneumonies aigües communautaires

Olivier LESENS et Clément THEIS

### Introduction-épidémiologie

La pneumonie doit être distinguée de la bronchite aigüe, d'origine virale, qui ne nécessite ni traitement antibiotique ni investigation

Le principal agent infectieux bactérien des pneumonies aigües communautaires (PAC) est le *Streptococcus pneumoniae*.

Les infections à *Legionella* et à *S. pneumoniae* sont associées à une forte mortalité.

En cas de pneumonie bactérienne compliquant une grippe, il faut prendre en compte *S. pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae* et les streptocoques du groupe A.

### Examens complémentaires

La radiographie thoracique est systématique sauf si le diagnostic est évident et fait en ville.

**En ville** : aucun autre examen complémentaire.

**A l'hôpital, hors réanimation** : ECBC, hémocultures ± Ag urinaire légionelle si clinique ou épidémiologie en faveur. Recherche de grippe selon épidémiologie.

**Réanimation** : ECBC, hémocultures, Ag urinaire légionelle et pneumocoque. Panel *PCR des virus à tropisme respiratoire* sur aspiration trachéo-bronchique ou mini LBA selon tableau clinique et en l'absence de documentation microbiologique notamment bactérienne.

Les sérologies *Mycoplasma pneumoniae* et *Chlamydomphila pneumoniae* ne sont plus recommandées en pratique (intérêt rétrospectif uniquement).

Une PCT négative (< 0.1 ng/ml) peut guider vers une origine virale.

### Principes généraux de l'antibiothérapie

**Éviter la surconsommation d'antibiotiques** et particulièrement celle de fluoroquinolone (FQ) et des céphalosporines de 3<sup>ème</sup> génération, (C3G).

Un traitement **précoce** améliore le pronostic.

**Attention avec les fluoroquinolones** :

- Risque de résistance si FQ reçue dans les 3 mois, ou vie en institution
- Sujet âgé, corticothérapie : risque augmenté de tendinopathie et confusion...
- Risque écologique avec émergence de BMR

La **bithérapie** ne s'envisage que pour :

- Les PAC sévères (FINE V) non documentées
- Les légionelloses de forme sévère
- Les infections à *Pseudomonas aeruginosa* (en début de traitement, en privilégiant l'amikacine).

**Toute antibiothérapie doit être réévaluée à 48-72h**

<b>Patient ambulatoire</b>	Molécule	Durée
Penser d'abord au pneumocoque Mycoplasme possible chez le sujet de moins de 40 ans	Amoxicilline PO 1gx3/j Allergie : pristinamycine PO 1gx3/j	5 à 7 jours
Echec à 48h ou d'emblée si suspicion germe intracellulaire tel que <i>Mycoplasma</i>	Azithromycine PO 500mg A j1 PUIS 250 mg/jour	5 jours

<b>Patient, sans comorbidité, hospitalisé hors réanimation</b>	Molécule	Durée
Pneumonie franche lobaire aiguë (PFLA) non sévère Fine III	Amoxicilline IV/PO 1gx3/j Allergie : lévofloxacine IV/PO 500mg/j	<u>Evolution simple</u> : 5 à 7 jours maximum 10 jours selon évolution

<b>Contextes particuliers</b>	Tableau peu sévère	Tableau sévère	Durée
Sujet âgé avec comorbidités/vivant en institution	Amoxicilline – acide clavulanique PO 1gx3/j Allergie : pristinamycine PO 1gx3/j	Céfotaxime IV 1 à 2g/8h Allergie : lévofloxacine IV/PO 500 mg /j	Peu sévère : 7 jours Sévère ou BPCO : 10 jours
Contexte grippal	Avis spécialisé		
Immunodéprimé	Avis spécialisé		

<b>Patient hospitalisé en réanimation</b>	Molécule	Durée
Pneumonie sévère Fine V	Céfotaxime IV 1 à 2g/8h + Spiramycine IV 1,5 MUI/8h	7 à 10 jours

<b>Germes intracellulaires/légionellose</b>		
Suspicion d'un intracellulaire hors légionelle	Azithromycine PO 500mg A j1 puis 250 mg/jour Allergie : pristinamycine PO 1gx3/j	5 jours
Légionellose non sévère	Azithromycine PO 500mg/jour Allergie : levofloxacine PO 500mg/j	8 à 14 jours 8 à 14 jours
Légionellose sévère	Levofloxacine IV/PO 500mg/12h + <ul style="list-style-type: none"> <li>• Macrolide IV (Spiramycine IV 1,5 MUI/8h)</li> <li>• Ou Rifampicine IV/PO 600mg/j si poids &lt; 70 kg ; 900 mg/j si poids supérieur ou égal à 70 kg</li> </ul>	14 à 21 jours Immunodéprimé : 21 jours Association à poursuivre jusqu'à l'amélioration des symptômes (5 jours en général)

## Calcul du score de Fine

<b>Stratification : facteurs</b>	<b>Points</b>
<b>Facteurs démographiques</b>	
<b>Âge</b>	
Homme	Age
Femme	Age - 10
Vie en institution	+ 10
<b>Comorbidités</b>	
Maladie néoplasique	+ 30
Maladie hépatique	+ 20
Insuffisance cardiaque congestive	+ 10
Maladie cérébrovasculaire	+ 10
Maladie rénale	+ 10
<b>Données de l'examen physique</b>	
Atteinte des fonctions supérieures	+ 20
Fréquence respiratoire >30/mn	+ 20
TA systolique <90mmHg	+ 20
Température <35°C ou >40°C	+ 15
Fréquence cardiaque >125/mn	+ 10
<b>Données biologiques et radiologiques</b>	
PH artériel <7,35	+ 30
Urée >11mmol/l	+ 20
Na <130 mmol/l	+ 20
Glycémie >14mmol/l	+ 10
Hématocrite <30%	+ 10
PaO <sub>2</sub> <60mmHg	+ 10
Épanchement pleural	+ 10

<b>Aide à la décision d'hospitalisation</b>
<b>Classe I</b>
Age <50 ans, aucune comorbidité
Absence des 5 anomalies ciblées par l'examen physique
Mortalité 0,1%
⇒ Hospitalisation non préconisée
<b>Classe II</b>
Points < 70
Mortalité 0,6 – 0,7%
⇒ Hospitalisation non préconisée
<b>Classe III</b>
71 – 90 points
Mortalité 0,9 – 2,8%
⇒ Hospitalisation non préconisée ou hospitalisation courte (salle/UHCD)
<b>Classe IV</b>
91 – 130 Points
Mortalité 8,2 – 9,3%
⇒ Hospitalisation indispensable
<b>Classe V</b>
Points > 130
Mortalité 27 – 31%
⇒ Hospitalisation indispensable : réanimation

### Référence

- Conférence de consensus de la SPILF - Prise en charge des infections des voies respiratoires basses de l'adulte immunocompétent - Mercredi 15 mars 2006
- Antibiothérapie par voie générale dans les infections respiratoires basses de l'adulte – AFSSAPS-SPILF – 2010
- El Moussaoui R, de Borgia CAJM, van den Broek P, Hustinx WN, Bresser P, vanden Berk GEL, et al. Effectiveness of discontinuing antibiotic treatment after three days versus eight days in mild to moderate-severe community acquired pneumonia: randomised, double blind study. BMJ 2006;332:1355.