



**ABRRI**  
Association Bretonne de Référence en Infectiologie



# PEC des pneumopathies en EHPAD

**Marion Baldeyrou**

Service des Maladies Infectieuses et Tropicales  
CHU Rennes

10 janvier 2016 - Formation EPHAD

# Mme Michel, 86 ans

- Admise il y a 2 mois en EPHAD
- ATCD: Cardiopathie dilatée, diabète type 2 non insulino-réquerant, PTH droite, pas d'allergie, DTP à jour
- Bon état général, pas de troubles cognitifs

# Mme Michel, 86 ans

- Admise il y a 2 mois en EPHAD
- ATCD: Cardiopathie dilatée, diabète type 2 non insulino-réquerant, PTH droite, pas d'allergie, DTP à jour
- Bon état général, pas de troubles cognitifs
- 10.12.2016: fièvre à 39 + toux + expectorations jaunâtres
- Examen clinique:
  - TA 120/60, FC 95bpm, saturation 95%
  - Foyer net de crépitants axillaire gauche
  - Examen ORL, cardiaque, digestif normal

# Quels examens complémentaires proposez vous?

- Radiographie thoracique
- Hémoculture
- NFS, Bilan hépatique, Bilan rénal
- CRP
- Antigénurie pneumocoque

# Quels examens complémentaires proposez vous?

- Radiographie thoracique
- Hémogramme
- NFS
- CRP
- Antigénurie pneumocoque

**Ou rien !**

# Quel pathogène suspectez vous?

- Enterobactérie au vue du terrain âgé et du risque de fausse route
- **Pneumocoque**
- Légionellose
- Mycoplasme pneumoniae
- Staphylocoque doré

# Vous proposez le traitement suivant

- Amoxicilline 1g\*2/j
- Amoxicilline 1g\*3/j
- Amoxicilline + acide clavulanique 1g\*2/j
- Amoxicilline + acide clavulanique 1g\*3/j
- Levofloxacine 750mg/j

# La durée du traitement est de

- 5 jours
- 14 jours
- 10 jours
- **7 jours**
- 3 jours

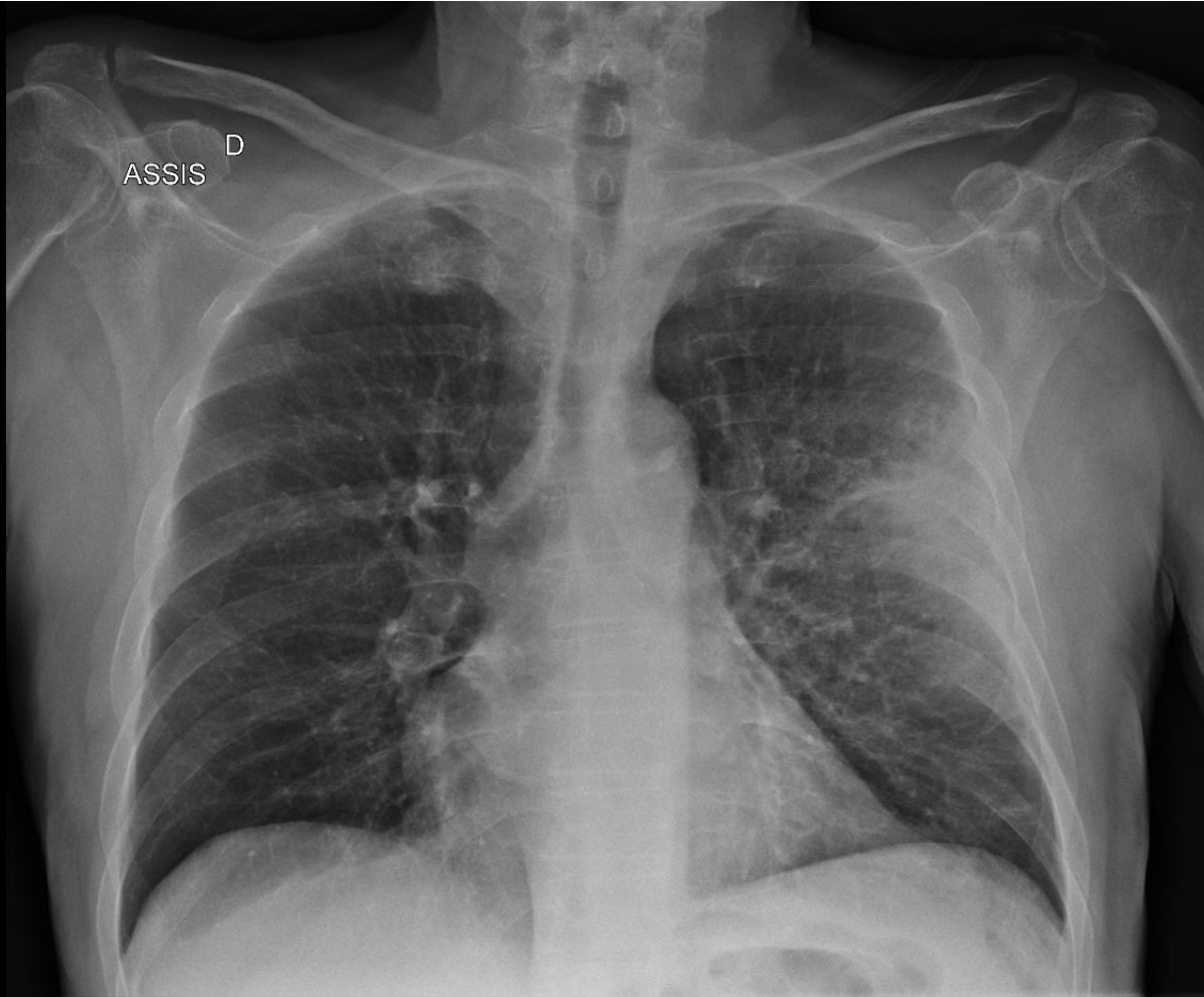


# La durée du traitement est de

- 5 jours
- 14 jours
- 10 jours
- **7 jours**
- 3 jours

**NOUVEAUTE!**  
Pneumopathie communautaire ou associée aux soins: 7 jours

Si la radiographie avait été faite...



# Si l'antigénurie pneumocoque avait été faite

- Un résultat négatif aurait permis d'éliminer le diagnostic d'infection à pneumocoque
- Un résultat positif aurait permis d'affirmer l'infection actuelle à pneumocoque
- Un résultat positif aurait permis d'orienter le diagnostic vers une infection actuelle à pneumocoque
- La négativation de l'antigenurie à 72h aurait permis d'arrêter précocement l'antibiothérapie
- Cela aurait probablement motivé à un changement de traitement par macrolides en cas de résultat négatif

# Si l'antigénurie pneumocoque avait été faite

- Un résultat négatif aurait permis d'éliminer le diagnostic d'infection à pneumocoque

- Un résultat négatif à l'antigénurie pneumocoque

- Un résultat négatif à l'antigénurie pneumocoque

- La négativité à l'antigénurie pneumocoque précocement l'antibiothérapie

- Cela aurait probablement motivé à un changement de traitement par macrolides en cas de résultat négatif

Antigénurie pneumocoque

Sensibilité 60%

Très bonne spécificité

Excrétion 6 semaines à 3 mois après une infection

Pas utile en pratique courante

# Concernant la vaccination anti pneumococcique

- Elle a permis de diminuer l'incidence des infections invasives à pneumocoques
- La diminution de l'incidence des infections invasives à pneumocoque est liée à l'usage d'un vaccin à plus de valence (13 versus 7)
- Les stéréotypes vaccinaux ont quasi disparu
- La vaccination de l'enfant a permis de diminuer le portage de streptocoque
- La vaccination de l'enfant a permis de diminuer l'incidence des infections chez l'adulte

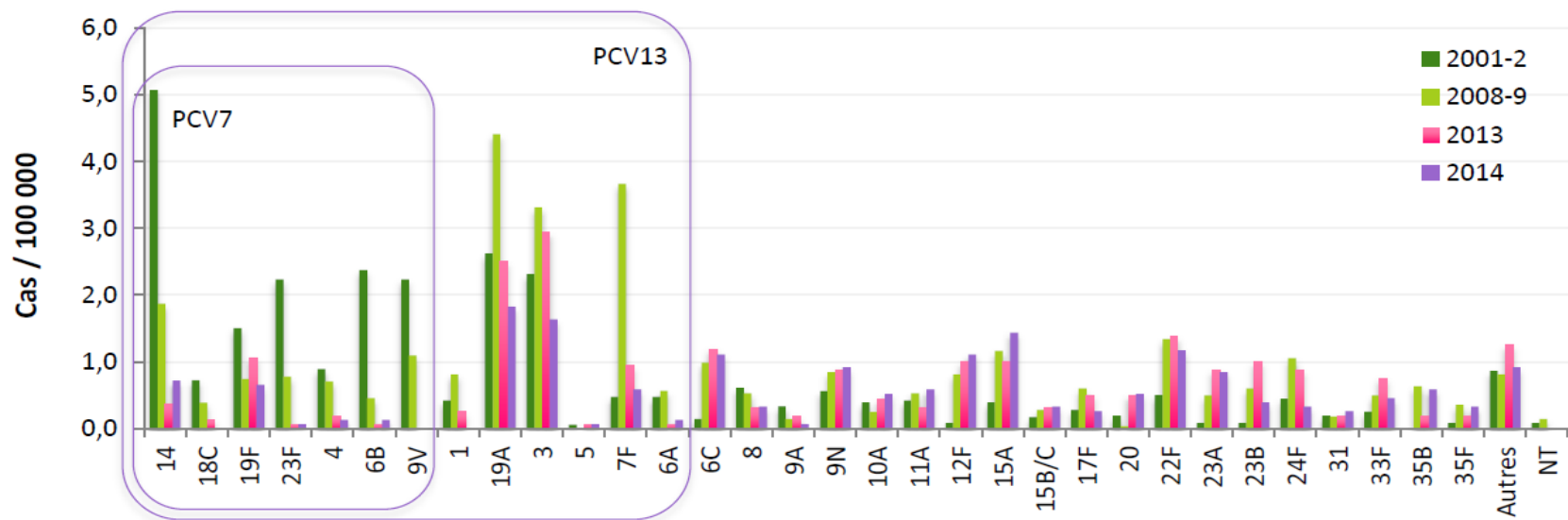


Figure 9 - Évolution de l'incidence des infections invasives à pneumocoque selon le sérotype chez les adultes âgés de plus de 64 ans entre 2001-2002 et 2014.

Incidence entre 2008-2014 source invs 11,2 à 6,6/100000

**De 31,1 à 22,0 cas / 100 000 (-29 %,  $p < 10^{-4}$ ) chez les adultes de plus de 64 ans.**

Diminution des sérotypes contenus dans Prevenar 13

(4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F, 23F) + 6 polysides supplémentaires (1, 3, 5, 6A, 7F, 19A)

Pneumo 23= 2, 4, 6B, 8, 9N, 10A, 11A, 12F, 14, 15B, 17F, 20, 22F, 33F.

**3 et 19<sup>a</sup> restent les souches majoritaires**

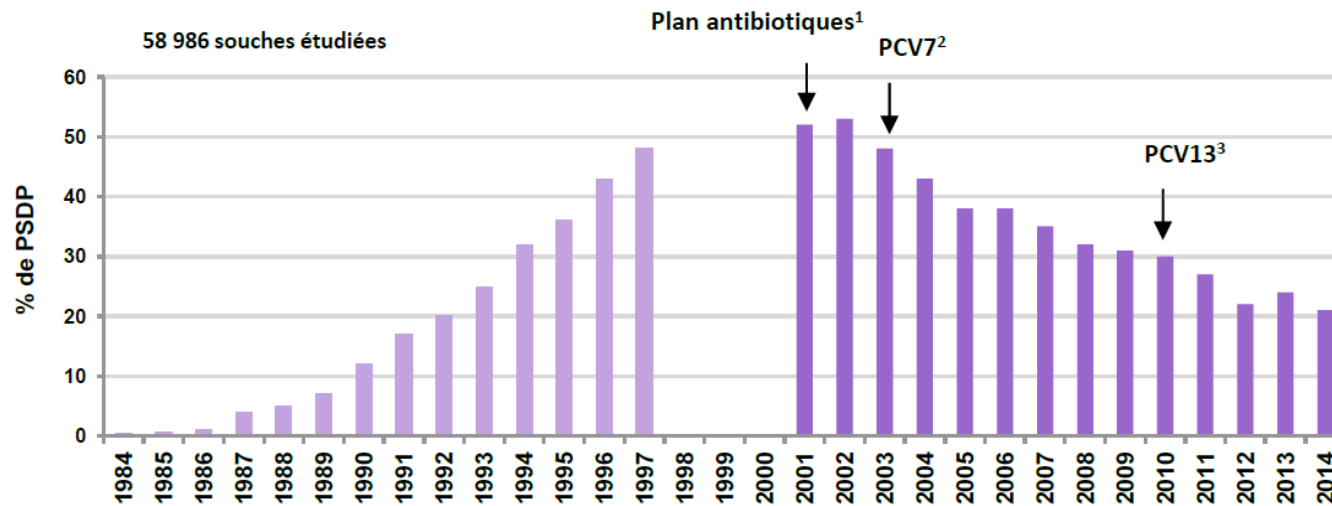


Figure 1 - *S. pneumoniae* de sensibilité diminuée à la pénicilline (PSDP) en France d'après les données du CNRP. (1984-1997 : P. Geslin; 2001-2014 : CNRP-ORP, E. Varon, L. Gutmann). <sup>1</sup>Plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques, nov. 2001 [http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/34\\_01.htm](http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/34_01.htm); <sup>2</sup>Introduction du vaccin anti-pneumococcique conjugué heptavalent (PCV7); <sup>3</sup>Remplacement du PCV7 par le vaccin conjugué 13-valent (PCV13).

Impact de la vaccination sur la résistance du pneumocoque

# Résistances

Tableau 16 - Sensibilité aux antibiotiques des souches de *S. pneumoniae* isolées chez l'adulte en 2014.

Antibiotique	Valeurs critiques		Souches (n)	%S	%I	%R
	S	R				
Pénicilline	≤ 0,06 mg/L	> 2 mg/L	555	78,0	21,6	0,4
Amoxicilline	≤ 0,5 mg/L	> 2 mg/L	555	93,0	5,9	1,1
Céfotaxime	≤ 0,5 mg/L	> 2 mg/L	555	98,0	2,0	0
Lévofloxacine	≤ 2 mg/L	-	555	99,8	-	0,2
Moxifloxacine	≤ 0,5 mg/L	-	555	100	-	0
Érythromycine	≥ 22 mm	< 19 mm	555	76,6	0	23,4
Lincomycine	≥ 21 mm	< 17 mm	555	77,1	4,3	18,6
Pristinamycine	≥ 19 mm	-	555	99,6	-	0,4
Télithromycine	≥ 23 mm	< 20 mm	555	99,6	0,4	0
Cotrimoxazole	≥ 18 mm	< 15 mm	555	89,9	2,7	7,4
Rifampicine	≥ 22 mm	< 17 mm	555	100	0	0
Chloramphénicol	≥ 21 mm	-	555	98,6	-	1,4
Tétracycline	≥ 25 mm	< 22 mm	555	78,4	0,5	21,1
Kanamycine	≥ 14 mm	< 10 mm	555	94,6	0	5,4
Gentamicine	≥ 17 mm	< 11 mm	555	100	0	0
Vancomycine	≥ 17 mm	-	555	100	-	0

Selon le CA-SFM 2014.



Amoxicilline 1g\*3/j: Traitement de première intention



# Les FDR d'infection à pneumocoque sont

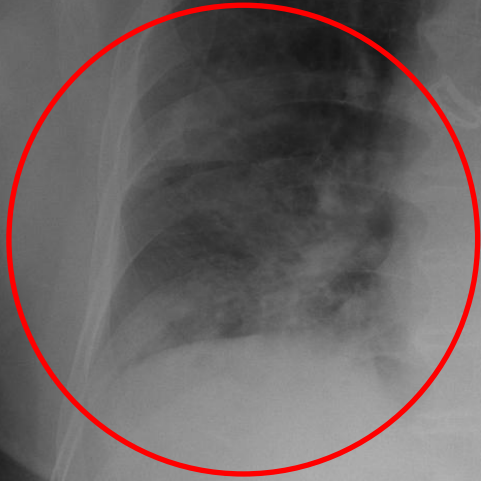
- Ages extrêmes **FDR mortalité**
- Le diabète
- L'alcool
- L'immunosuppression
- Cardiopathie congénitale

# Mme Dupont, 92 ans

- AVC il y a 6 mois
- Ralentissement idéo-moteur depuis l'AVC
- EG conservé
  
- Le 29. 11. 2016:
  - Dyspnée fébrile, saturation 94%, TA 120/60, FC 95bpm.
  - Râles bronchiques bilatéraux.
  - Examen ORL, digestif, ganglionnaire, cardiaque normal
  - Radiologie

ⓓ

AU LIT



# Quel pathogène suspectez vous?

- Entérobactérie/ germe anaérobie au vue du terrain âgé et du risque de fausse route
- Pneumocoque
- Légionellose
- Mycoplasme pneumoniae
- Staphylocoque doré

RESEARCH ARTICLE

# Risk Factors for Aspiration Pneumonia in Older Adults

Toshie Manabe<sup>1,2</sup>, Shinji Teramoto<sup>1,3\*</sup>, Nanako Tamiya<sup>2</sup>, Jiro Okochi<sup>4,5</sup>, Nobuyuki Hizawa<sup>1</sup>

1 Department of Pulmonary Medicine, Graduate School of Comprehensive Human Science, University of Tsukuba, Tsukuba, Ibaraki, Japan, 2 Department of Health Services Research, Faculty of Medicine, University of Tsukuba, Tsukuba Ibaraki, Japan, 3 Hitachinaka Medical Education and Research Center, University of Tsukuba, Hitachinaka, Ibaraki, Japan, 4 Tatsumanosato Geriatric Health Service Facility, Tatsuma, Daitou, Osaka, Japan, 5 Japanese Association of Geriatric Health Services Facilities, Tokyo, Japan

99930 patients, 1121 centres geriatriques japon

2,6% pneumopathies inhalation

FDR: déshydratation OR=8, troubles de la déglutition dans les 3 mois OR=3,5, démence OR 1,8

# Vous proposez le traitement suivant

- Amoxicilline 1g\*2/j
- Amoxicilline 1g\*3/j
- Amoxicilline + acide clavulanique 1g\*2/j
- Amoxicilline + acide clavulanique 1g\*3/j
- Levofloxacine 750mg/j

# La durée du traitement est de

- 5 jours
- 14 jours
- 10 jours
- **7 jours**
- 3 jours

# La durée du traitement est de

- 5 jours
- 14 jours
- 10 jours
- **7 jours**
- 3 jours

**NOUVEAUTE!**  
Pneumopathie communautaire ou associée aux soins: 7 jours



# Mr Gerard, 76 ans

- BPCO post tabagique
- Arrivé il y a 1 semaine dans la structure
  
- Tableau fébrile
- Cliniquement
  - TA 130/70, FC 90bpm, sat 94% AA
  - Polypnée, fièvre 39°, toux, rhinite, céphalées
  - Sibilants des bases, quelques crépitants base gauche
  - Examen cardiaque normal

# Quel pathogène suspectez vous?

- Pneumocoque
- Grippe
- Mycoplasme pneumoniae
- Germe de la flore digestive
- Legionelle

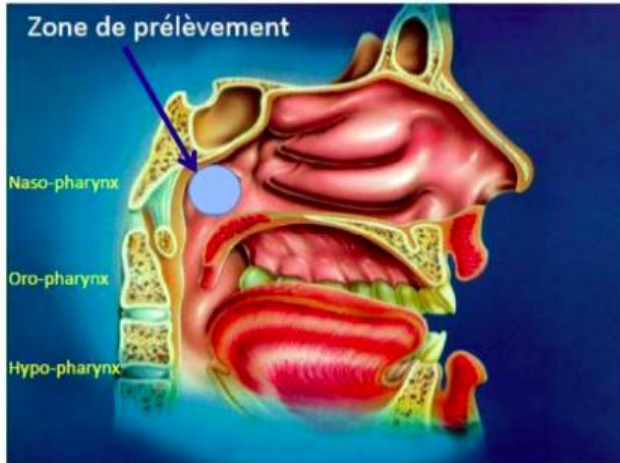
# Vous suspectez une grippe. Que devez vous faire?

- Isoler le patient en précaution gouttelettes
- Débuter un traitement par TAMIFLU en cas de comorbidités cardiaque
- Débuter un traitement par TAMIFLU quelles que soient les comorbidités du patient
- Débuter un traitement par TAMIFLU dans les 48 premières heures
- Réaliser un test rapide grippe

# Le test rapide grippe

- Est une technique très sensible
- Est une technique très spécifique
- Donne un résultat dans les 24h
- Est un test sanguin
- Le résultat est influencé par la durée des symptômes avant le test

# Le test rapide grippe



# Mr Charles, 88 ans

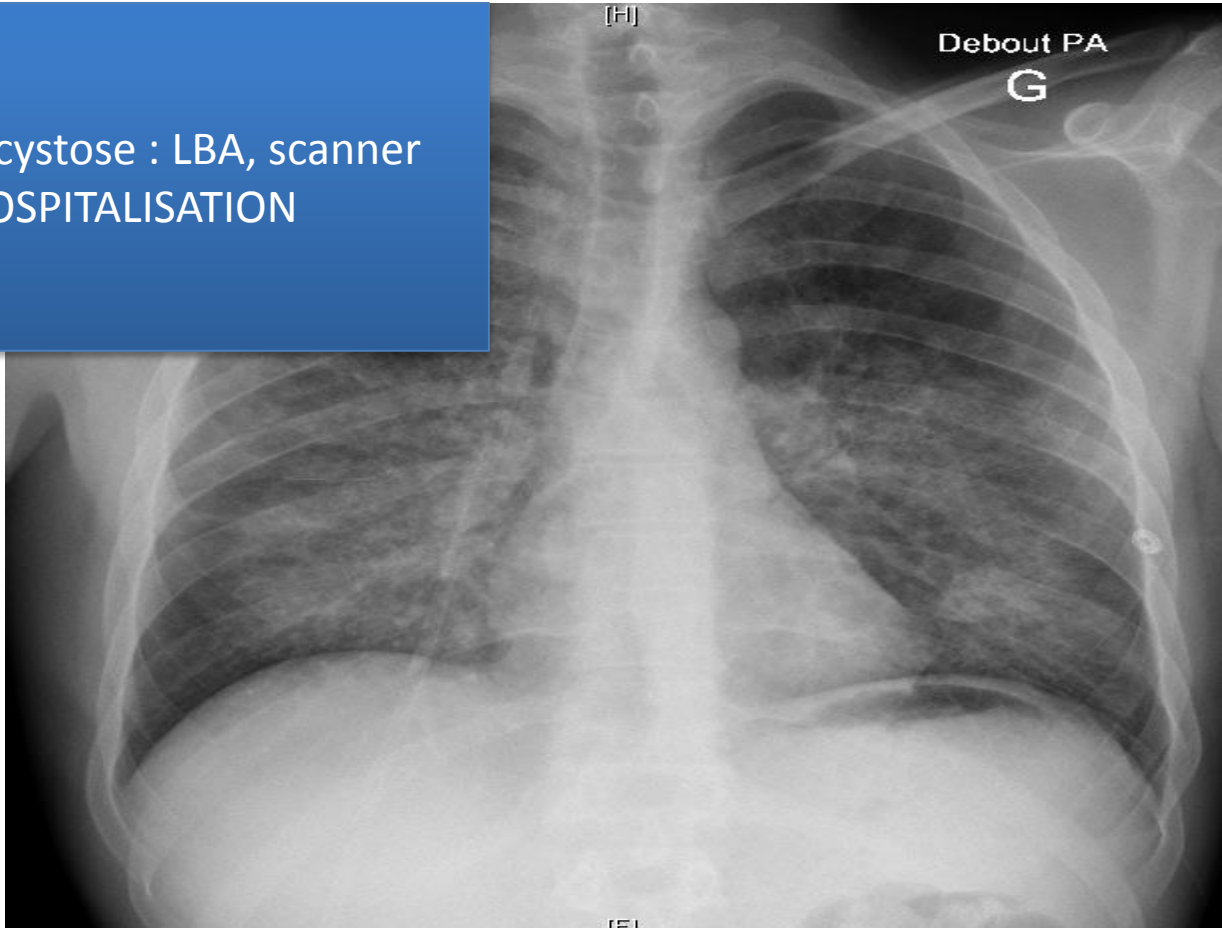
- Corticoïdes depuis 1 an pour maladie de Horton avec corticodépendance à 20mg/j de cortancyl
- Bon état général
- Aggravation progressive d'une dyspnée depuis 3 semaines
- Cliniquement
  - TA 120/60, FC 95bpm, Sat 93%AA T° 38,2°
  - Toux sèche
  - Auscultation normale

# Que faites vous en premier examen de débrouillage?

- Echographie cardiaque
- Bilan biologique: CRP, NFS, bilan rénal
- Hémoculture
- Radiographie thoracique
- FNP à la recherche de coqueluche

# Voici la radiographie

Pneumocystose : LBA, scanner  
HOSPITALISATION





# Pb Respiratoire en EPHAD

- Isolement (grippe)
- Chambre seule
- Radiographie si possible
- Pas de Foyer évident: Frottis naso pharyngé+++ grippe et panel respiratoire

# Prévention

- Vaccin+++
  - Grippe: personnes âgées et personnel EHPAD
  - Pneumocoque
- Dépistage de troubles de la déglutition
- Soins dentaires
- Bains de bouche Chlorhexidine?

# En conclusion

- Pneumopathie brutale non sévère chez une patiente non vaccinée:
  - pas d'examen complémentaires
  - penser à la grippe si signes ORL et épidémie
  - viser le pneumocoque+++
  - amoxicilline 7 jours
- Pneumopathie contexte immunodépression
  - Radiographie et scanner
  - Hospitalisation
- Pneumopathie subaiguë et FDR troubles de la déglutition
  - PEC des troubles de la déglutition
  - Amoxicilline + acide clavulanique