

ANTIBIOTHERAPIE PAR VOIE GENERALE DANS LES INFECTIONS RESPIRATOIRES BASSES DE L'ADULTE PNEUMONIE AIGUE COMMUNAUTAIRE

La pneumonie aiguë (infection du parenchyme pulmonaire d'évolution aiguë) est dite communautaire si elle est acquise en milieu extra-hospitalier ou si elle survient à l'hôpital avant la 48^{ème} heure suivant l'admission. Il s'agit d'une affection potentiellement grave pouvant engager le pronostic vital.

1. Orientation des patients présentant une pneumonie aigue communautaire (PAC)

Devant une pneumonie aiguë communautaire, la distinction des patients à hospitaliser d'emblée de ceux pouvant être traités en ambulatoire, repose sur la recherche et l'analyse de signes de gravité et de facteurs de risque de mortalité.

La figure 1 ci-dessous précise les choix d'une prise en charge ambulatoire ou hospitalière des PAC chez l'adulte. Le « bon sens » clinique du praticien tient compte de la nature des facteurs de risque et doit être déterminant, notamment en cas d'immunodépression. Le score CRB 65, plus simple, ne prend en compte que 4 critères de gravité et représente un « outil » facilement utilisable en ville (tableau 1).

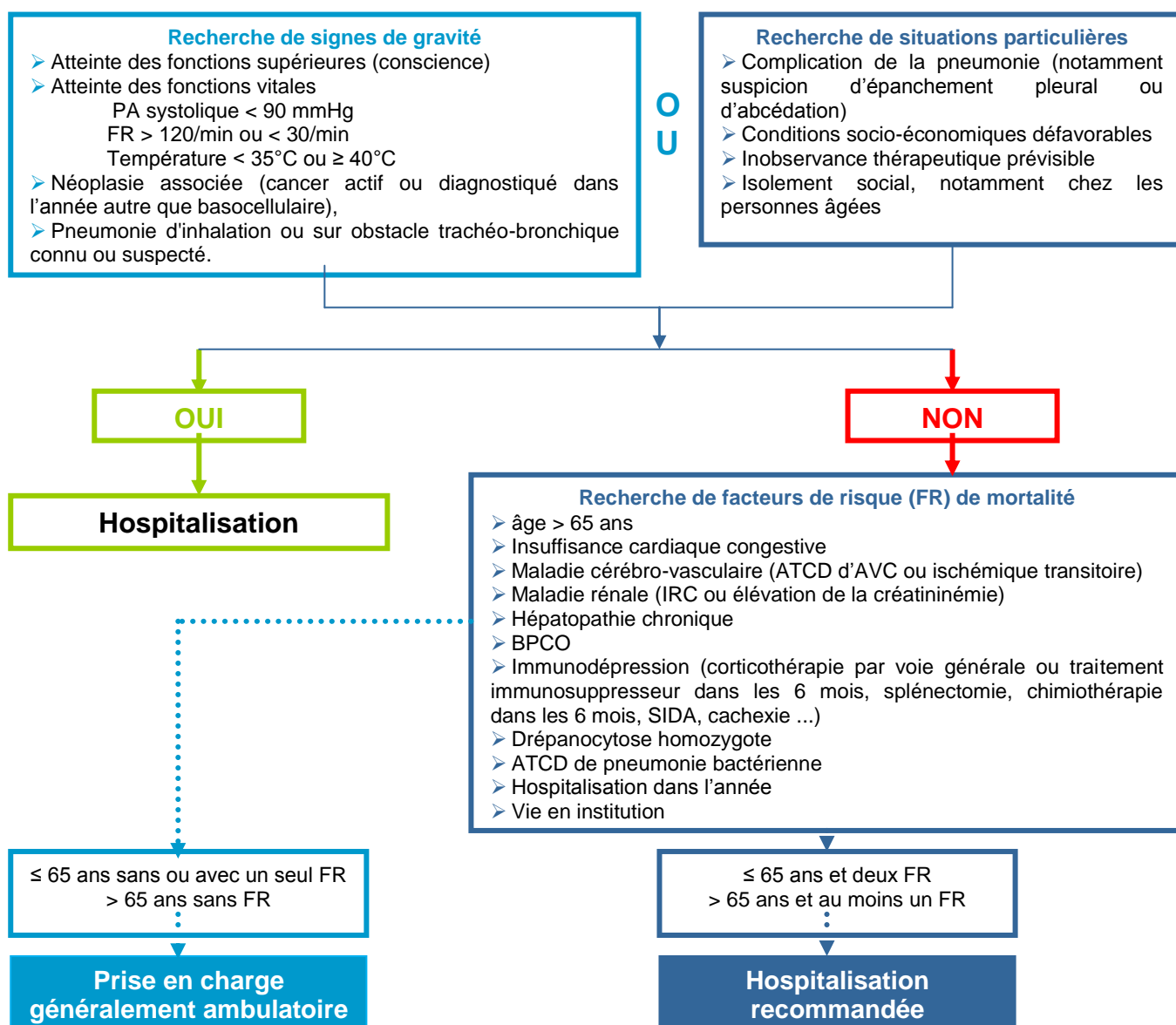


Tableau 1 : Orientation en fonction du Score CRB 65.

Critères du score CRB 65 <ul style="list-style-type: none">➤ C : Confusion➤ R : Fréquence respiratoire ≥ 30 / mn➤ B : Pression artérielle systolique < 90 mmHg ou Pression artérielle diastolique ≤ 60 mmHg➤ 65 : Age* ≥ 65 ans <p>« C » pour confusion, « R » pour respiratoire, « B » pour « blood pressure » et « 65 » pour 65 ans.</p>	Conduite à tenir 0 critère : traitement ambulatoire possible ≥ 1 critère : évaluation à l'hôpital
--	--

2. Antibiothérapie des pneumonies aiguës communautaires

2.1. Agents pathogènes

2.1.1. Situation générale

Streptococcus pneumoniae (pneumocoque) est l'agent pathogène le plus fréquemment isolé. Les bactéries « atypiques » à développement intracellulaire ou associé aux cellules (*Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydomphila pneumoniae* et *Chlamydomphila psittaci*, *Legionella pneumophila*) constituent les autres pathogènes fréquemment rencontrés. *Streptococcus pneumoniae* et *Legionella pneumophila* sont deux pathogènes à prendre obligatoirement en compte en raison de la mortalité importante qui leur est associée.

2.1.2. Pneumonie aiguë communautaire au décours d'une grippe

En cas de PAC post-grippale, les bactéries à prendre en compte sont *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae* et les streptocoques du groupe A.

En cas de PAC post-grippale gravissime nécessitant une hospitalisation en réanimation (expectoration hémoptoïque, état de choc, pneumonie nécrosante), et en cas de forte présomption de souches de *Staphylococcus aureus* sécrétrices de la toxine de Panton Valentine (PVL) et résistantes à la méticilline (SARM), il convient de mettre en place une antibiothérapie probabiliste, même en l'absence de données cliniques.

2.2. Eléments d'orientation diagnostique pour l'identification de l'agent infectieux

ELEMENTS EN FAVEUR DU PNEUMOCOQUE

- Etiologie la plus fréquente chez sujet ≥ 40 ans et/ou avec co-morbidité(s) associée(s)
- Début brutal
- Fièvre élevée dès le premier jour
- Malaise général
- Point douloureux thoracique
- Opacité alvéolaire systématisée
- Hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles.

ELEMENTS EN FAVEUR D'UNE LEGIONELLOSE

- Contexte épidémique ou « situation à risque »
- Co-morbidité(s) fréquente(s)
- Tableau clinique évocateur avec pneumonie d'allure sévère, début progressif, sans signe ORL, pouls dissocié, atteinte souvent bilatérale
- Présence de signes extra-thoraciques : digestifs (douleurs abdominales, vomissements, diarrhée), neurologiques (troubles de la conscience, céphalées, myalgies) ;
- Echec des β -lactamines

ELEMENTS EN FAVEUR DES BACTERIES « ATYPIQUES »

- Contexte épidémique (notamment pour *Mycoplasma pneumoniae*)
- Début progressif en 2 à 3 jours.

2.3. Principe de l'antibiothérapie

	Premier choix	Echec à 48h
Antibiothérapie probabiliste des Pneumonies Aiguës Communautaires de l'adulte en ambulatoire, sans signe de gravité (privilégier le traitement efficace sur <i>S. pneumoniae</i>)		
Sujet présumé sain, sans signe de gravité		
Suspicion de pneumocoque (début brutal)	Amoxicilline	Macrolide ou FQAP (lévofloxacine) ¹ ou Pristinamycine ou Télithromycine ² Hospitalisation si 2 ^{ème} échec
Doute entre pneumocoque et bactéries « atypiques » ³	Amoxicilline	Macrolide ou FQAP (lévofloxacine) ¹ ou Pristinamycine ou Télithromycine ² Hospitalisation si 2 ^{ème} échec
	ou pristinamycine ou télithromycine 2	Hospitalisation/réévaluation diagnostique et thérapeutique ⁴
Suspicion de bactéries « atypiques » ³	Macrolide	Amoxicilline ou FQAP (lévofloxacine) ¹ ou Pristinamycine ou Télithromycine ² Hospitalisation si 2 ^{ème} échec
Sujet avec co-morbidité(s) ou sujet âgé ambulatoire (hors institution) sans signe de gravité	AMX/AC ou FQAP (lévofloxacine) ¹ ou ceftriaxone ⁵	Hospitalisation
Antibiothérapie probabiliste des Pneumonies Aiguës Communautaires, contexte grippal hors réanimation		
Pas d'orientation		
Patient ambulatoire	AMX/AC	Pristinamycine ou Télithromycine ⁶
Hospitalisation Sujet jeune	AMX/AC	Pristinamycine ou Télithromycine ⁶
Hospitalisation Sujet âgé Co-morbidité(s)	AMX/AC ou C3G ⁵ (céfotaxime, ceftriaxone)	FQAP (lévofloxacine) ¹
Dans tous les cas, si <i>S. pneumoniae</i> fortement suspecté ou documenté ⁵	Amoxicilline ⁷	

AMX/AC : Amoxicilline/Acide clavulanique
C3G : Céphalosporine de 3^{ème} génération

¹ Les fluoroquinolones anti-pneumococciques (FQAP) ne doivent pas être prescrites si le malade a reçu une fluoroquinolone, quelle qu'en soit l'indication, dans les 3 derniers mois. Il est recommandé de les utiliser avec prudence en institution (risque de transmission de souches résistantes) et chez les sujets âgés sous corticothérapie par voie générale (risque accru de tendinopathie).

La lévofloxacine a fait la preuve de son efficacité clinique dans les PAC sévères de réanimation et la légionellose, et est à ce titre, la fluoroquinolone respiratoire à utiliser préférentiellement. La moxifloxacine par voie orale et intraveineuse est réservée au traitement des pneumonies communautaires lorsqu'aucun autre antibiotique ne peut être utilisé.

² En comparaison aux autres antibiotiques, la télithromycine est associée à un risque plus élevé de survenue d'effets indésirables graves. Elle est utilisable si l'amoxicilline ou la pristinamycine ne peuvent être prescrite.

³ Suspicion de bactéries atypiques (Chlamydophila (ex Chlamydiae), Mycoplasma, Legionella) si sujet jeune < 40 ans, début progressif, fièvre modérée, contexte épidémiologique, manifestations extra-respiratoires associées.

⁴ Hospitalisation : la pristinamycine et la télithromycine étant actives sur le pneumocoque et les bactéries atypiques, leur échec doit conduire à une réévaluation diagnostique et thérapeutique.

⁵ IV, IM ou SC, si voie orale impossible.

⁶ En comparaison aux autres antibiotiques, la télithromycine est associée à un risque plus élevé de survenue d'effets indésirables graves. Elle est utilisable si l'amoxicilline ou la pristinamycine ne peuvent être prescrites.

⁷ Si allergie vraie contre indiquant les Bêta-lactamines : Sujet jeune : pristinamycine ou télithromycine
Co-morbidité(s), forme grave, sujet âgé : FQAP

SCHEMAS D'ADMINISTRATION PRECONISES POUR LES ANTIBIOTIQUES RECOMMANDES DANS LA PRISE EN CHARGE DES PNEUMONIES AIGÜES COMMUNAUTAIRES

ANTIBIOTIQUE	Posologie
Pénicillines A	
Amoxicilline	PO/IV: 1 g x 3/j
AMX/AC	PO (rapport 8/1) / IV : 1 g x 3/j (dose exprimée en amoxicilline)
C3G	
Ceftriaxone	IV/IM/SC : 1 à 2 g x 1 /j
Céfotaxime	IV : 1 à 2 g x 3/j
Macrolides	
Erythromycine	IV : 1 g x 3 à 4 / jour ; PO : 1 g x 3/j
Clarithromycine	PO (standard) : 500 mg x 2/j
Josamycine	PO : 1 g x 2/j
Roxithromycine	PO : 150 mg x 2/j
Spiramycine	IV : 3 MUI x 3/j ; PO : 9 MUI /j en 2 ou 3 prises
Kétolide	
Télithromycine	PO : 800 mg x 1/j
Synergistine	
Pristinamycine	PO : 3 g /j en 2 ou 3 prises; à prendre au moment des repas
Fluoroquinolone anti-pneumococcique	
Lévofoxacine	PO/IV : 500 mg x 1 à 2/j

Sources

[1] Mise au point Antibiothérapie par voie générale dans les infections respiratoires basses de l'adulte. Pneumonie aiguë communautaire. Exacerbations de Bronchopneumopathie Chronique Obstructive. Juillet 2010. Afssaps.