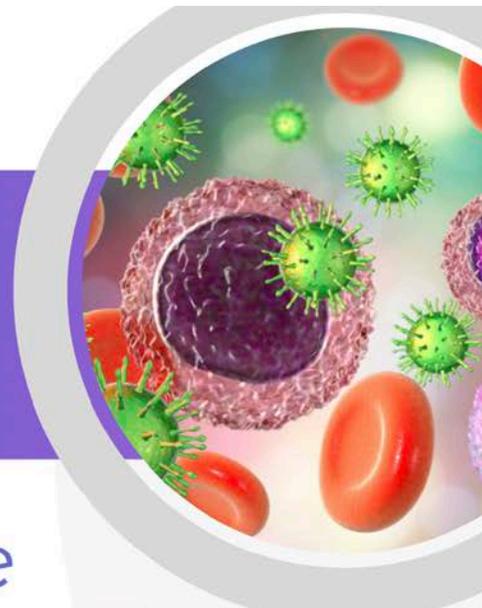


1^{ères} journées d'Infectiologie de Polynésie française

 14 au 18 octobre 2024  16h à 20h  Amphithéâtre du CHPF

Programme



Actualités Pneumopathies/ Bronchites/ BPCO sur infectées /Absès
pulmonaires Recos PAC 24 memo BPCO

Jean-Pierre Bru
Infectiologie CH Annecy Genevois

ACTUALISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PNEUMONIES AIGUËS COMMUNAUTAIRES 2024

Coordination :

Société de Pathologies Infectieuses de Langue Française (SPILF)

Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF)

Sociétés savantes partenaires :

Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE)

Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU)

Société Française de Microbiologie (SFM)

Société Française de Radiologie (SFR)

Société de Réanimation de Langue Française (SRLF)

PAC ambulatoire

PAC hospitalisées en médecine

PAC grave en soins critiques

Biologie

PAC ambulatoire

Pas de CRP, PCT, biologie moléculaire ou antigénuries

PAC hospitalisées en médecine

- Pas de CRP, PCT
- Recherche de Virus influenza A / B – VRS et SARS-CoV-2 par tests de biologie moléculaire selon le contexte épidémique. PCR multiplex étendue ou panel complété à faire éventuellement secondairement
- Pas d'antigénurie pneumocoque, antigénurie légionelle si présentation clinique/biologique évocatrice (hyponatrémie, diarrhées), voyage récent, immunodépression ou de contexte épidémique.
- ECBC chez certains malades : patients traités empiriquement pour un SARM ou un *P. aeruginosa*, ou préalablement connus pour une infection respiratoire à ces bactéries, ou qui ont reçu une antibiothérapie parentérale dans les 3 derniers mois, ou en cas de non réponse au traitement antibiotique de première ligne et/ou d'évolution défavorable

PAC grave en soins critiques

- PCR multiplex étendue ou panel complété sur un prélèvement profond
- antigénurie pneumocoque et *Legionella*
- ECBC sur prélèvement profond

imagerie

PAC ambulatoire

Radiographie thoracique recommandée avant J3 ou en cas d'évolution défavorable

Scanner thoracique probablement pas recommandé

PAC hospitalisées

- Radiographie thoracique recommandée
- Scanner thoracique si doute diagnostic
- L'échographie thoracique clinique peut être considérée comme un outil fiable du diagnostic de pneumonie et peut être proposée en première intention sous réserve d'une formation préalable validée du praticien.

Antibiothérapie probabiliste

Patient ambulatoire

	Tableau non évocateur de bactérie atypique		Tableau évocateur de bactérie atypique
	Molécule(s)	Alternative	
Sans comorbidités	Amoxicilline	Pristinamycine	Macrolides seuls ou pristinamycine
Avec comorbidités	Amoxicilline/acide clavulanique	C3G parentérale (céfotaxime ou ceftriaxone)	
<i>Réévaluation à 48h-72h</i>			

Antibiothérapie probabiliste

Patient hospitalisé PAC non grave

	Tableau non évocateur de bactérie atypique		Tableau évocateur de bactérie atypique
	Molécule(s)	Alternative	
Sans comorbidités	Amoxicilline	C3G parentérale (céfotaxime ou ceftriaxone)	Macrolides seuls
Avec comorbidités	Amoxicilline/acide clavulanique		
<i>Réévaluation à 48h-72h</i>			

Antibiothérapie probabiliste

Patient hospitalisé PAC grave

	Molécule(s)	Allergie / alternative
Initiale	C3G parentérale + Macrolide	Lévofoxacine (uniquement si allergie graves béta lactamines)
Désescalade	La plus précoce possible selon évolution clinique et documentation microbiologique	

Antibiothérapie probabiliste .

Association d'antibiotiques

Une bithérapie probabiliste associant bêta-lactamine (C3G) et macrolide n'est recommandée **que chez les patients hospitalisés avec PAC grave**

Une bithérapie n'est pas recommandée dans les PAC avec documentation bactériologique (y compris celles à *L. pneumophila*), à l'exception des pneumonies sévères à souche de *S. aureus* productrice de LPV pour lesquelles une bithérapie associant une bêta-lactamine anti-staphylococcique et un antibiotique à activité anti-toxinique (clindamycine) pourra être envisagée

Durée de l'antibiothérapie

- Au cours des PAC non graves (ambulatoire) et modérément sévères (hospitalisation hors soins critiques), en cas d'obtention des critères de stabilité à J3, **un traitement antibiotique de 3 jours au total est recommandé ***.
- Si la stabilité n'est obtenue qu'entre 3 et 5 jours de traitement, un traitement antibiotique de 5 jours au total est recommandé.
- Dans les autres cas de PAC non compliquée, une antibiothérapie de 7 jours au total est recommandée.
- Un traitement de durée supérieure à 7 jours doit être justifié par la présence d'une complication telle qu'un abcès ou un épanchement pleural significatif.

* pas de données chez les patients immunodéprimés, insuffisants respiratoires, hépatiques et rénaux, chroniques graves.

Antibiothérapie probabiliste .

Indications des B lactamines anti-*Pseudomonas aeruginosa*

- recommandée chez les patients hospitalisés avec une PAC grave ou non grave et présentant un antécédent de colonisation ou d'infection respiratoire récente (<1 an) par ce pathogène.
- recommandée chez les patients hospitalisés avec une PAC grave (admission en soins critiques) et présentant au moins un facteur de risque parmi : antibiothérapie parentérale récente (<3 mois), BPCO sévère, bronchiectasies (ou mucoviscidose), trachéotomie.

Antibiothérapie probabiliste

PAC suspectées ou confirmées à *Staphylococcus aureus* sécréteur de toxine de leucocidine de Panton-Valentine

Antibiothérapie empirique et dirigée des PAC suspectées ou confirmées à *Staphylococcus aureus* sécréteur de toxine de LPV

	Molécule(s)	Allergie / alternative
Initiale	Péni M (IV) ou céfazoline + clindamycine ou rifampicine Oxazolidinone (selon écologie locale)	Vancomycine +clindamycine ou rifampicine
Désescalade		
SAMS LPV+	Péni M (IV) ou céfazoline + clindamycine ou rifampicine	Vancomycine + clindamycine ou rifampicine Oxazolidinone
SAMR LPV+	Oxazolidinone	Vancomycine + clindamycine ou rifampicine

Indications des corticostéroïdes

- PAC non graves, l'adjonction de corticoïdes n'est pas recommandée en dehors de situations pouvant la justifier (bronchospasme associé à un asthme, une BPCO).
- PAC graves hospitalisées en soins critiques, l'adjonction d'hémisuccinate d'hydrocortisone débuté dans les 24 heures suivant l'apparition des signes de gravité, à la posologie de 200 mg par jour pendant 4 à 7 jours selon l'évolution clinique est recommandée, en dehors de contexte de myélosuppression, de pneumonie d'inhalation ou d'origine grippale.

Antibiotiques	Hors soins critiques	En soins critiques
Amoxicilline :	1 g x3/j	2 g x3/j
Pristinamycine :	1 g x3/j	
Amoxicilline/acide clavulanique	1 g x3/j	1 g x3/j
Céfotaxime :	1 g x3/j	80-100 mg/kg/j
Ceftriaxone :	1 g/j	2 g/j
Lévofloxacine :	500mg/j	500 mg x2/j
Azithromycine	500 mg/j (J1) puis 250mg/j	
Spiramycine	1.5 MUI x3/j	3 MUI x3/j
Doxycycline :	200 mg/j	
Cefazoline :	80-100 mg/kg/ jour en 3 perfusions quotidiennes ou IVSE après une dose de charge de 30mg/Kg en 1 heure	80-100 mg/kg/ jour en 3 perfusions quotidiennes ou IVSE après une dose de charge de 30 mg/kg en 1 heure
Pénicilline M		
Linezolide :	600 mg x2/j	600 mg x2/j