

Pneumonie d'inhalation

Diagnostic-Thérapeutique-Prévention

Groupe pneumopathie du Ginger mandaté par le
Groupe Recommandation de la SPILF

16 juin 2024

Déclaration d'intérêt de 2014 à 2023

- Intérêts financiers : aucun
- Liens durables ou permanents : aucun
- Interventions ponctuelles : aucune
- Intérêts indirects : aucun

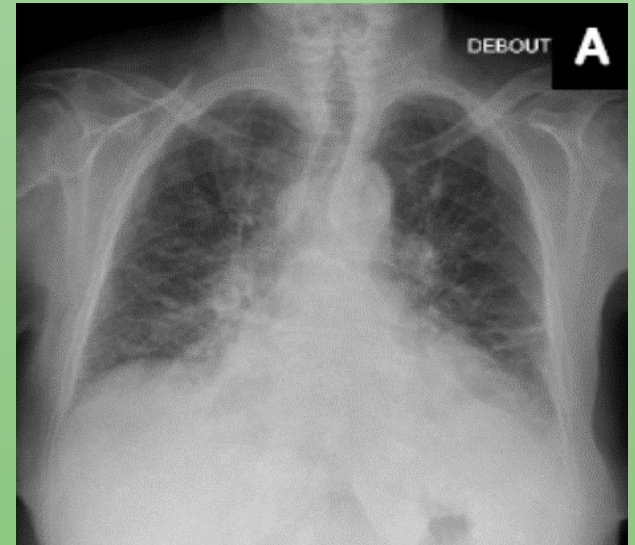
Cas clinique

Mme P, 82 ans, hospitalisée au décours d'une chute en EHPAD

- ATCD : Maladie de Parkinson, cardiopathie ischémique, cachexie
- Etat confusionnel à la prise en charge
- Eupnéique en air ambiant, FR 22/min, Sat 90%, apyrétique
- Crépitants aux bases prédominant à gauche

Paraclinique :

- GB : 12 000/mm³
- CRP : 105 mg/L



Quels marqueurs biologiques prescrivez-vous pour affirmer ou exclure le diagnostic de pneumonie d'inhalation ?

1. CRP
2. PCT
3. NFS
4. Fibrinogène
5. Aucun



QCM choix multiple

[Votez](#)

Quels marqueurs biologiques prescrivez-vous pour affirmer ou exclure le diagnostic de pneumonie d'inhalation ?

1. CRP
2. PCT
3. NFS
4. Fibrinogène
5. Aucun

L'utilisation des marqueurs biologiques n'est pas recommandée pour affirmer ou exclure le diagnostic (GRADE C)

QCM choix multiple

Diagnostic

On évoque une pneumonie d'inhalation.

➤ Quels critères sont nécessaires pour retenir le diagnostic ?

1. Critères anamnestiques
2. Critères cliniques
3. Critères biologiques
4. Critères d'imagerie



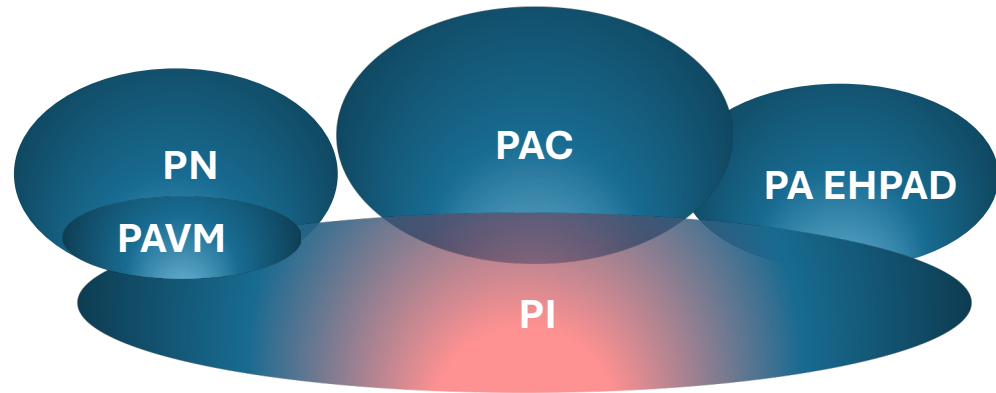
[Votez](#)

Diagnostic

On évoque une pneumonie d'inhalation.

➤ Quels critères sont nécessaires pour retenir le diagnostic ?

1. Critères anamnestiques
2. Critères cliniques
3. Critères biologiques
4. Critères d'imagerie



PAC : Pneumonie Aigue Communautaire

PN : Pneumonie Nosocomiale

PAVM : Pneumonie Acquisée sous Ventilation Mécanique

PA EHPAD : Pneumonie Acquisée en EHPAD

PI : Pneumonie d'Inhalation

Classement USA par lieu d'acquisition
de la pneumopathie



Mécanisme physiopathologique

Diagnostic

Diagnostic de pneumonie d'inhalation : (1) + (2)

(1) Diagnostic positif de pneumonie

- Signes cliniques d'infection respiratoire aiguë basse
- +
- Infiltrat radiologique nouveau

(2) Diagnostic étiologique présomptif d'inhalation

- Troubles de déglutition ou inhalation
- ou
- Atteinte clinico-radiologique déclive en présence de facteur de risque d'inhalation (troubles de vigilance, troubles de la déglutition, anomalie des réflexes nauséux et de toux, atteinte des voies aérodigestives supérieures ou altération de l'hygiène bucco-dentaire)

Le tableau respiratoire aigu immédiatement secondaire à une fausse route (pneumopathie chimique) ne répond pas à la définition de PI.

Quel examen d'imagerie doit être réalisé en priorité?

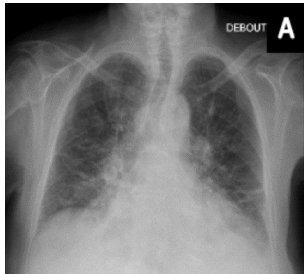
1. Aucun
2. Scanner thoracique avec injection
3. Radio de thorax
4. Scanner thoracique sans injection
5. Echographie thoracique



[Votez](#)

Quel examen d'imagerie doit être réalisé en priorité?

1. **Aucun**
2. **Scanner thoracique avec injection**
3. **Radio de thorax**
4. **Scanner thoracique sans injection**
5. **Echographie thoracique**



Il est recommandé de réaliser un examen d'imagerie pour confirmer le diagnostic de pneumonie d'inhalation. (Grade B)

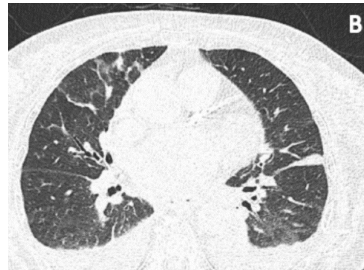
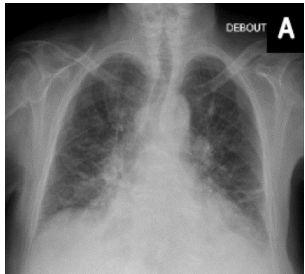
Il est recommandé de réaliser en priorité un scanner thoracique sans injection pour le diagnostic positif de pneumonie d'inhalation

A défaut, l'échographie pulmonaire ou la radiographie thoracique peuvent être réalisées en cas de difficultés d'accès au scanner. (Grade B)

Quel examen d'imagerie doit être réalisé en priorité?

1. **Aucun**
2. **Scanner thoracique avec injection**
3. **Radio de thorax**

Enfin le TDM infirme le diagnostic de pneumonie



Il est recommandé de réaliser un examen d'imagerie pour confirmer le diagnostic de pneumonie d'inhalation. (Grade B)

Il est recommandé de réaliser en priorité un scanner thoracique sans injection pour le diagnostic positif de pneumonie d'inhalation

A défaut, l'échographie pulmonaire ou la radiographie thoracique peuvent être réalisées en cas de difficultés d'accès au scanner. (Grade B)

Quels sont les examens microbiologiques recommandés de façon systématique?

1. Aucun
2. ECBC
3. Antigénuries légionnelle et pneumocoque
4. Hémocultures
5. PCR syndromique respiratoire



[Votez](#)

Quels sont les examens microbiologiques recommandés de façon systématique?

1. **Aucun**
2. **ECBC**
3. **Antigénuries légionnelle et pneumocoque**
4. **Hémocultures**
5. **PCR syndromique respiratoire**

Aucun examen complémentaire microbiologique n'est systématiquement recommandé

Antibiothérapie

❑ Femme 84 ans au SAU

Diabétique type 2, HTA, insuffisance cardiaque,
AVC sur ACFA sous NACO

Absence d'allergie

- ❖ Température : 38,5°C
- ❖ SatO2 : 91 % sous 2L d'O2
- ❖ TA : 126/78 mHg
- ❖ FC : 106/min
- ❖ Pas de signe d'hypoperfusion



Vous retenez le diagnostic de pneumonie d' inhalation, non grave, oxygéno-requérante

Pneumonie aigue grave si présence d'un critère majeur ou au moins 3 critères mineurs

Critères majeurs	Choc septique nécessitant des amines
	Détresse respiratoire nécessitant recours à la ventilation mécanique
Critères mineurs	Fréquence respiratoire ≥ 30 cycles/min
	$PaO_2/FiO_2 \leq 250^*$
	Infiltrats multilobaires (i.e., ≥ 2)
	Confusion/désorientation
	Urée plasmatique ≥ 20 mg/dl
	Leucopénie (Leucocytes $< 4,000$ cellules/ μ l)†
	Thrombocytopénie (plaquettes $< 100,000$ / μ l)
	Hypothermie (température corporelle $< 36C$)
	Hypotension nécessitant expansion volémique

† Due à l'infection seule (i.e., pas la chimiothérapie)

* (FiO_2 estimée par la formule : $FiO_2 = 0.21 + 0.03 \times \text{débit } O_2 \text{ (L/min)}$).

Quelle antibiothérapie proposez-vous ?

1. Amoxicilline
2. Amoxicilline - ac clavulanique
3. Ceftriaxone
4. Pipéracilline - tazobactam
5. Ceftriaxone + métronidazole



Quelle antibiothérapie proposez-vous ?

1. Amoxicilline
2. Amoxicilline - ac clavulanique
3. Ceftriaxone
4. Pipéracilline - tazobactam
5. Ceftriaxone + métronidazole

Recommandations BTS UK *BMJ 2023*

- Patient ambulatoire : Amoxicilline
- Patient hospitalisé : Amox-clav

Recommandations IDSA AJRCCM 2019

- Patient hospitalisé : Amoxi-clav ou C3G + macrolide
Ou FQ

“Question 10: In the Inpatient Setting, Should Patients with Suspected Aspiration Pneumonia Receive Additional Anaerobic Coverage beyond Standard Empiric Treatment for CAP?”

Recommendation :

We suggest not routinely adding anaerobic coverage for suspected aspiration pneumonia unless lung abscess or empyema is suspected (conditional recommendation, very low quality of evidence).”

Antibiothérapie de première intention

	Molécule	Voie
1^{er} intention	Amoxicilline -acide clavulanique 1g X3 /j	PO ou IV (si gravité)
2^e intention (si allergie pénicilline ou impossibilité PO ou IV)	Ceftriaxone 1g/j	SC ou IV
3^e intention (si contre indication aux bêta-lactamines)	Sulfaméthoxazole 800mg/Triméthoprim 160mg 800/160 toutes les 8 heures	PO ou IV
En cas d'échec à 72h	Pipéracilline 4g-Tazobactam 500mg 4g toutes les 6 à 8 heures	IV

Faut-il utiliser le métronidazole pour le traitement des pneumonies d'inhalation ?

Il est recommandé de ne pas associer le métronidazole à l'antibiothérapie de référence pour le traitement des pneumonies d'inhalation (GRADE C).

Quelles voies d'administration utiliser ?

- Il est recommandé d'utiliser la voie orale en priorité. La ceftriaxone sous-cutanée est une alternative
 - En cas d'impossibilité d'administration par voie orale.
 - En cas d'impossibilité d'administration par voie IV
 - En relais de la voie IV après stabilisation et impossibilité de la voie orale.
- La voie IV est réservée aux pneumonies graves (Grade C)

Quelle durée de traitement proposez-vous?

1. 3 jours si évolution favorable à 72h
2. 5 jours si évolution favorable à 72h
3. 7 jours
4. 10 jours
5. 14 jours



QCM choix multiple

Quelle durée de traitement proposez-vous?

1. 3 jours si évolution favorable à 72h
2. 5 jours si évolution favorable à 72h
3. 7 jours
4. 10 jours
5. 14 jours

Une durée de traitement de 7 jours ne devrait pas être dépassée en l'absence de complication

QCM choix multiple

Antibiothérapie, situation particulière

Trois semaines après un premier épisode qui a bien évolué sous amox-clav le patient récidive une pneumonie d'inhalation

1. je prescris pipéracilline-tazobactam
2. je reprends la même antibiothérapie



[Votez](#)

Antibiothérapie, situation particulière

Trois semaines après un premier épisode qui a bien évolué sous amox-clav le patient récidive une pneumonie d'inhalation

1. je prescris pipéracilline-tazobactam
2. je reprends la même antibiothérapie

Après une fausse route constatée :

- Il est recommandé de ne pas débiter d'antibiothérapie préemptive mais de procéder à une surveillance clinique et de ne débiter une antibiothérapie qu'en présence des critères de PI

Messages clés

- ❖ Intérêt du scanner sans injection
- ❖ Biologie : non contributive
- ❖ Amoxi clav en première intention
- ❖ C3G + métronidazole = fini
- ❖ Durée : 5j si évolution favorable
- ❖ Mesures de prévention

- Coordonnateur : Sylvain Diamantis
- SPILF :
 - Sébastien Gallien (Créteil)
 - Emilie Piet (Annecy)
 - Eric Bonnet (Toulouse)
 - Sylvain Diamantis (Melun)
 - Anne Laure Houist (Créteil)
- Ginger :
 - Alain Putot (Chamonix)
 - Gaetan Gavazzi (Grenoble)
 - Virginie Prendki (Genève)
 - Thibault Fraisse (Alès)
 - Jean Philippe Lanoix (Amiens)
 - Yves Rolland (Toulouse)
- Pneumologie SFP :
 - Claire Andrejak (Amiens)
- Radiologie :
 - Marianne Auquier (Amiens)
- Microbiologie :
 - Eric Farfour (Suresnes)
 - Julie Lourtet (Paris)
- Médecin coordonnateur d' EHPAD :
 - Mathilde Perrin (Paris)
- Kinésithérapie :
 - Carla Garcia Carmona (Forcilles)