



ANTIBIOTHERAPIE DES INFECTIONS RESIRATOIRES BASSES DE L'ADULTE IMMUNOCOMPETENT

[Version n°1](#)

[Applicable le 01/02/2011](#)

[7 pages](#)

DIFFUSION : site d'Etampes

➤ **OBJET ET DEFINITIONS**

- Organiser et protocolariser l'antibiothérapie des infections respiratoires de l'adulte en cohérence avec les recommandations nationales et les recommandations du CLIN dans la Structure d'Urgence

➤ **DOMAINE D'APPLICATION ET RESPONSABILITES**

- Structure d'Urgence
- Services d'Hospitalisation
- Tout personnel

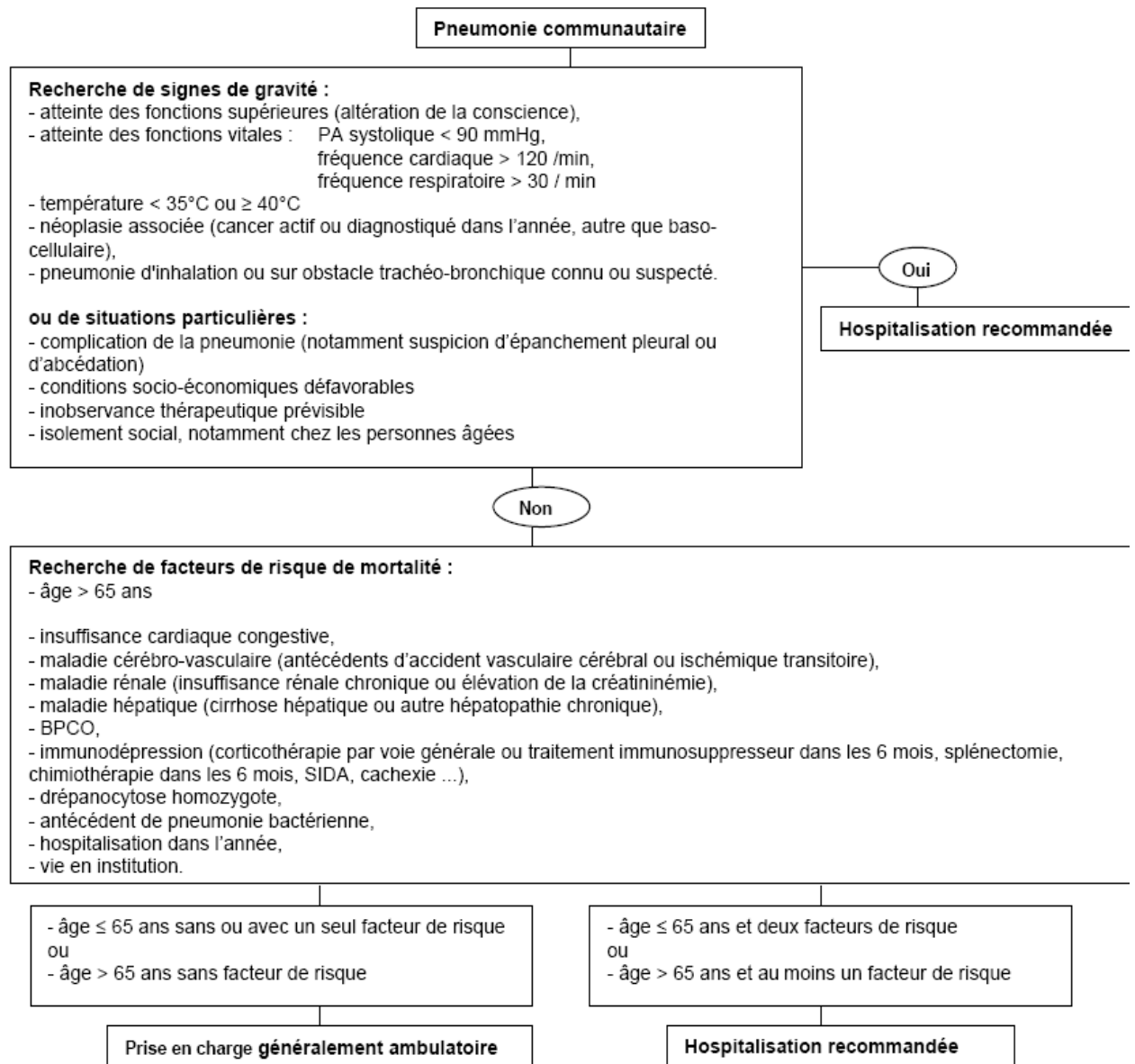
➤ DESCRIPTION

PNEUMONIE AIGUE COMMUNAUTAIRE (PAC)

Suspicion clinique :

- Toux, expectoration, dyspnée, douleur thoracique
- Polypnée >25, tachycardie >100, température > 37°8
- Anomalies auscultatoires
- Confirmation par réalisation d'une radiographie pulmonaire face et profil

Figure 1 : Prise en charge en ambulatoire ou à l'hôpital des pneumonies communautaires



TRAITEMENT DE PREMIERE INTENTION :

- Adapter à la fonction rénale
- **A débiter le plus rapidement possible**
- **Durée = 7 jours à 10 jours en fonction de l'évolution (sauf pour les légionelloses-durée = 14 à 21 jours)**
- Fluoroquinolones (TAVANIC-OFLOCET) : per os dès le début de traitement sauf en cas indisponibilité de la voie orale

	Recommandations de la COMEDIMS	- Echec à 48h ou allergie
Patient relevant d'un traitement ambulatoire sans signe de gravité		
Suspicion de pneumocoque ou doute entre pneumocoque et atypiques : (voir tableau)	- AMOXICILLINE = CLAMOXYL® 1g 1CP x 3/jour	PRISTINAMYCINE = PYOSTACINE® 2CP x 3 /jour
Tableau évocateur de bactéries atypiques	ROVAMYCINE® 3 MU 1CP x 3/jour	LEVOFLOXACINE = TAVANIC® 500 mg x 2 /jour
Patient relevant d'un traitement ambulatoire sans signe de gravité avec co-morbidité(s)	AMOX/ACCLAVULANIQUE = AUGMENTIN® 1sachet 1g x 3/jour	Si allergie : LEVOFLOXACINE = TAVANIC® 500 mg x 2 /jour Si échec : HOSPITALISATION
Patients Hospitalisés PAC non graves		
Arguments en faveur d'un pneumocoque	AMOXICILLINE = CLAMOXYL® 1g x3 IV relais per os dès que possible	Uniquement Si allergie aux bêtalactamines : LEVOFLOXACINE = TAVANIC® 500 mg x 2 /jour
Pas d'argument en faveur d'un pneumocoque sujet jeune sans co-morbidité	AMOXICILLINE = CLAMOXYL® 1g x3 IV relais per os dès que possible	Si échec à 72h associer ROVAMYCINE® 3 MU 1CP x 3/jour ou 1,5 MU x 3 inj IV Uniquement Si allergie aux bêtalactamines : LEVOFLOXACINE = TAVANIC® 500 mg x 2 /jour
Pas d'argument en faveur d'un pneumocoque sujet âgé ou en institution ou sujet avec co-morbidité	AMOX/ACCLAVULANIQUE = AUGMENTIN® 1g x 3/jour IV relais per os dès que possible	Si échec à 72h associer ROVAMYCINE® 3 MU 1CP x 3/jour ou 1,5 MU x 3 inj IV Uniquement Si allergie aux bêtalactamines : LEVOFLOXACINE = TAVANIC® 500 mg x 2 /jour

Patients présentant une pneumopathie sans critère d'admission en réanimation dans un contexte grippal		
Patient ambulatoire Ou patient jeune hospitalisé	AMOX/ACCLAVULANIQUE = AUGMENTIN® 1sachet 1g x 3/jour	PRISTINAMYCINE= PYOSTACINE® 2CP x 3 /jour
Patient âgé ou co-morbidités (hospitalisé)	AMOX/ACCLAVULANIQUE = AUGMENTIN® 1g x 3/jour IV relais per os dès que possible	Uniquement Si allergie aux bétalactamines : LEVOFLOXACINE = TAVANIC® 500 mg x 2 /jour
Patient avec critères d'admission en réanimation ou en USC		
Patients jeune ou âgé avec ou sans co-morbidité	CEFTRIAZONE= ROCEPHINE® 1à 2g IV /jour + ROVAMYCINE® 1,5 MU x 3 inj IV	Uniquement Si allergie aux bétalactamines : LEVOFLOXACINE = TAVANIC® 500 mg x 2 /jour
Patients avec facteurs de risques de Pseudomonas	PIPERACILLINE/TAZOBACTAM = TAZOCILLINE® 4g x3 + AMIKACINE= AMIKLIN® 15 à 20mg/kg en dose unique journalière + ROVAMYCINE® 1,5 MU x 3 inj IV	
Suspicion d'infection grave à Legionella pneumophila	OFLOXACINE = OFLOCET® 1 CP x 3/jour + - ROVAMYCINE® 1,5 MU x 3 inj IV	- ROVAMYCINE® 1,5 MU x 3 inj IV + RIFAMYCINE = RIFADINE® 600mg x 2 inj IV/jour
Patient avec critères d'admission en réanimation ou en USC, dans un contexte grippal		
Cas général	CEFTRIAZONE= ROCEPHINE® 1à 2g IV/jour +/- + ROVAMYCINE® 1,5 MU x 3 inj IV	Uniquement Si allergie aux bétalactamines : LEVOFLOXACINE = TAVANIC® 500 mg x 2 /jour
Pneumonie nécrosante Forte suspicion de SARM PVL+	CEFTRIAZONE= ROCEPHINE® 1à 2g IV/jour + LINEZOLIDE= ZYVOXID® 600mg x2 désescalade après documentation Voir recommandations sur site SPILF	Voir recommandations sur site SPILF

REEVALUATION RADIO-CLINIQUE OBLIGATOIRE A LA 72^{ème} heure
Quelquesoit la gravité initiale

Eléments d'orientation

Tableau 2 : Eléments d'orientation diagnostique des Pneumonies Aiguës Communautaires

<u>Eléments en faveur du pneumocoque</u>	<u>Eléments en faveur des bactéries « atypiques »</u>
<ul style="list-style-type: none"> - agent étiologique le plus fréquent chez le 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. 	<ul style="list-style-type: none"> - contexte épidémique (notamment pour <i>Mycoplasma pneumoniae</i>) ; - début progressif en 2 à 3 jours.
	<u>Eléments en faveur d'une légionellose</u>
	<ul style="list-style-type: none"> - contexte épidémique ou « situation à risque » (voyage, thermes, exposition à de l'eau en aérosol contaminée...) ; - co-morbidité(s) fréquente(s) ; - tableau clinique évocateur (1/3 des cas) 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) ; - échec des Bêta-lactamines actives sur le pneumocoque.

EXACERBATION DE BRONCHITE CHRONIQUE

1. Evaluer la gravité de la maladie bronchique

Tableau 8 : Stades de la BPCO d'après GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease)

<u>Stades</u>	<u>Caractéristiques</u>	<u>Equivalence clinique*</u>
Stade I : BPCO légère	VEMS/CV < 70% VEMS ≥ 80% des valeurs prédites	Absence de dyspnée
Stade II : BPCO modérée	VEMS/CV < 70% 50% ≤ VEMS < 80% des valeurs prédites	Dyspnée d'effort inconstante
Stade III : BPCO sévère	VEMS/CV < 70% 30% ≤ VEMS < 50% des valeurs prédites	Dyspnée d'effort
Stade IV : BPCO très sévère	VEMS/CV < 70% VEMS < 30% des valeurs prédites ou VEMS < 50% des valeurs prédites en présence d'insuffisance respiratoire (PaO ₂ < 60 mmHg) ou de signes cliniques d'insuffisance cardiaque droite	Dyspnée au moindre effort ou dyspnée de repos

* En association aux symptômes chroniques (toux et expectoration). La proposition d'une équivalence clinique ne dispense pas d'une confirmation fonctionnelle par EFR en dehors des poussées

2. Poser l'indication d'un traitement antibiotique et faire le choix

L'indication et le choix de l'antibiotique est fonction du stade de la maladie BPCO
L'argument clinique prépondérant en faveur de l'étiologie bactérienne d'une exacerbation de BPCO est la mise en évidence d'une purulence franche ou verdâtre des crachats.

Tableau 9 : Exacerbations de BPCO : Indications et choix de l'antibiothérapie

Stade clinique de gravité de la BPCO évalué en dehors de toute exacerbation		Indications à l'antibiothérapie	Choix de l'antibiothérapie
<u>En absence d'EFR connus</u> Absence de dyspnée	<u>Résultats EFR connus</u> VEMS > 50%	Pas d'antibiotique	
Dyspnée d'effort	VEMS < 50%	Antibiothérapie seulement si expectoration franchement purulente verdâtre	Amoxicilline ou céfuroxime-axétil ou céfopodoxime-proxétil* ou céfotiam-hexétil* ou macrolide ou pristinamycine ou télichromycine ¹
Dyspnée au moindre effort ou dyspnée de repos	VEMS < 30%	Antibiothérapie systématique + recherche des autres causes d'exacerbation de la dyspnée	Amoxicilline/acide clavulanique ou C3G injectable (céfotaxime ou ceftriaxone) ou FQAP (lévofloxacine) ²

* L'émergence de souches sécrétrices de bêta-lactamase dans la communauté devrait faire limiter leur utilisation
Remarque : compte tenu des études, aucune hiérarchisation des molécules n'a pu être établie au sein de chaque groupe.

Etat de base	Recommandations de la COMEDIMS	- Alternative
Stade 1 ou 2 ou VEMS>50	- Pas d'antibiothérapie	
Stade 3 ou VEMS <50	Antibiothérapie seulement si expectoration franchement purulente verdâtre : AMOXICILLINE = CLAMOXYL® 1g 1CP x 3/jour	ROVAMYCINE® 3 MU 1CP x 3/jour ou PRISTINAMYCINE= PYOSTACINE® 2CP x 3 /jour
Stade 3 ou VEMS <30	Antibiothérapie systématique Recherche d'autres causes d'exacerbation de la dyspnée AMOX/ACCLAVULANIQUE = AUGMENTIN® 1sachet 1g x 3/jour	Si allergie : LEVOFLOXACINE = TAVANIC® 500 mg x 2 /jour

➤ **SOURCES DOCUMENTAIRES**

- « Antibiothérapie par voie générale dans les infections respiratoires basses : AFSSAPS SPILF 2010 »

➤ **HISTORIQUE DU DOCUMENT**

Versions	Date	Nature de modifications
Version 1	01/02/2011	Création

➤ **MOTS CLEFS - CLASSEMENT**

Antibiothérapie, Pneumopathie, Bronchite

➤ **INDICATEURS DE SUIVI - EVALUATION**

DATE D'APPLICATION : 01/02/2011

DATE DE REVISION PREVUE : 01/02/2012

REDIGE PAR : Dr Jean Marc PONE Responsable des Urgences	APPROUVE PAR : Dr SIAMI Réanimateur	VALIDE PAR : COMEDIMS
--	--	---------------------------------