	<b>ANTIBIOTHERAPIE DES INFECTIONS RESPIRATOIRES BASSES DE L'ADULTE IMMUNOCOMPETENT Site d'Etampes</b>	<b>PR-ULI-URG-PEC-N°107</b>
		<b>Version n°1</b>
		<b>Créé 01/02/2011</b>
<b>DIFFUSION : Site d'Etampes</b>		

➤ **OBJET ET DEFINITION**

Organiser et protocoliser 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

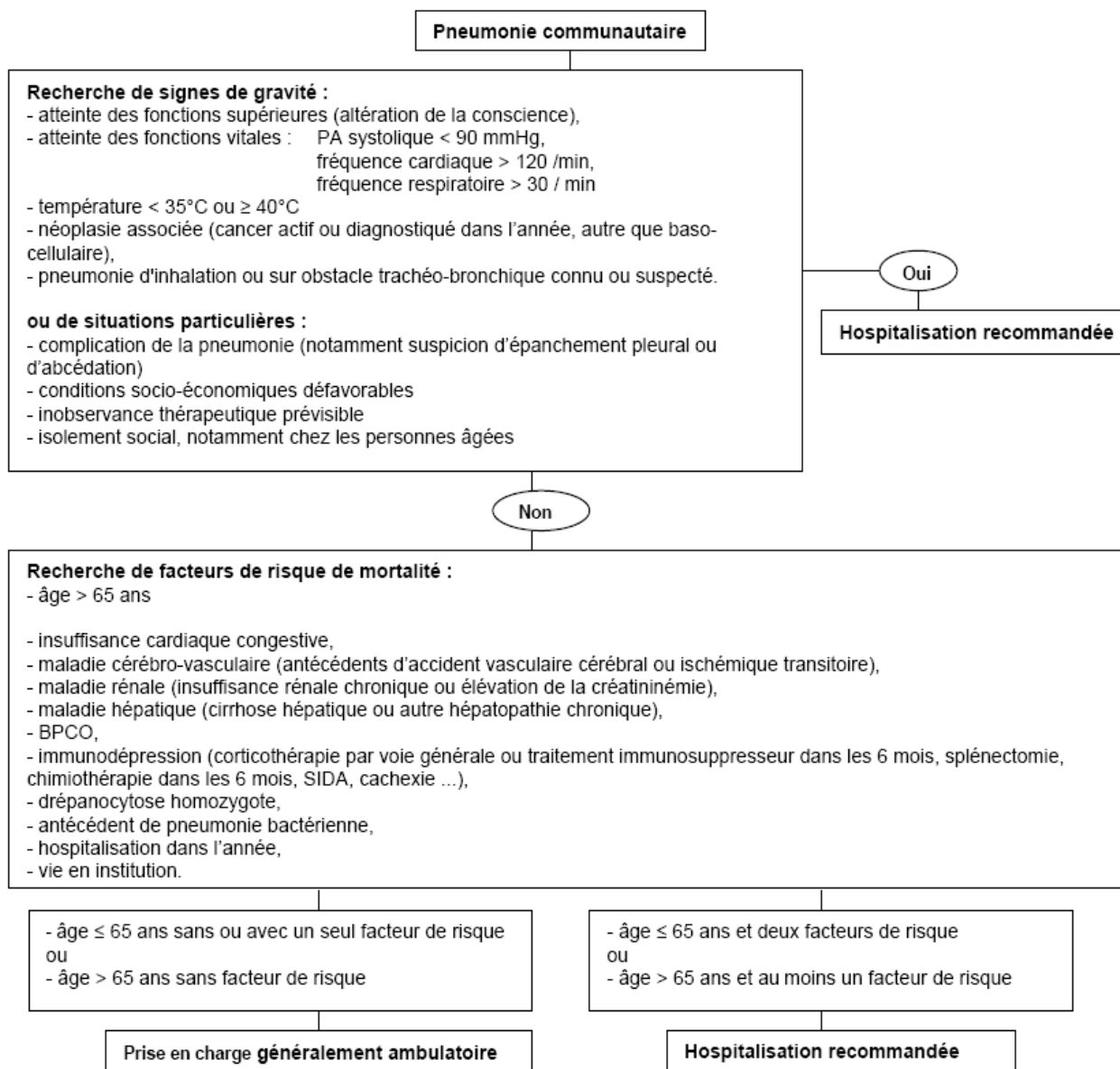
➤ **DESCRIPTION**

**PNEUMONIE AIGUE COMMUNAUTAIRE ( PAC)**

**Suspicion clinique :**

- Toux, expectoration, dyspnée, douleur thoracique
- Polygnée >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 débuter 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

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

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

**REEVALUATION RADIO-CLINIQUE OBLIGATOIRE A LA 72<sup>ème</sup> heure**  
**Quelque soit 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"> <li>- agent étiologique le plus fréquent chez le sujet ≥40 ans et/ou avec co-morbidité(s) associée(s) ;</li> <li>- début brutal ;</li> <li>- fièvre élevée dès le premier jour ;</li> <li>- malaise général ;</li> <li>- point douloureux thoracique ;</li> <li>- opacité alvéolaire systématisée ;</li> <li>- hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- contexte épidémique (notamment pour <i>Mycoplasma pneumoniae</i>) ;</li> <li>- début progressif en 2 à 3 jours.</li> </ul>
	<u>Eléments en faveur d'une légionellose</u>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- contexte épidémique ou « situation à risque » (voyage, thermes, exposition à de l'eau en aérosol contaminée...) ;</li> <li>- co-morbidité(s) fréquente(s) ;</li> <li>- tableau clinique évocateur (1/3 des cas) avec pneumonie d'allure sévère, début progressif, sans signe ORL, pouls dissocié, atteinte souvent bilatérale ;</li> <li>- présence de signes extra-thoraciques : digestifs (douleurs abdominales, vomissements, diarrhée), neurologiques (troubles de la conscience, céphalées, myalgies) ;</li> <li>- échec des Bêta-lactamines actives sur le pneumocoque.</li> </ul>

## 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>
<b>Stade I :</b> BPCO légère	VEMS/CV < 70% VEMS ≥ 80% des valeurs prédites	Absence de dyspnée
<b>Stade II :</b> BPCO modérée	VEMS/CV < 70% 50% ≤ VEMS < 80% des valeurs prédites	Dyspnée d'effort inconstante
<b>Stade III :</b> BPCO sévère	VEMS/CV < 70% 30% ≤ VEMS < 50% des valeurs prédites	Dyspnée d'effort
<b>Stade IV :</b> BPCO très sévère	VEMS/CV < 70% VEMS < 30% des valeurs prédites ou VEMS < 50% des valeurs prédites en présence d'insuffisance respiratoire (PaO <sub>2</sub> < 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> <b>Absence de dyspnée</b>	<u>Résultats EFR connus</u> VEMS > 50%	Pas d'antibiotique	
<b>Dyspnée d'effort</b>	VEMS < 50%	Antibiothérapie seulement si expectoration franchement <b>purulente verdâtre</b>	<b>Amoxicilline</b> ou céfuroxime-axétil ou céfopodoxime-proxétil* ou céfotiam-hexétil* ou macrolide ou pristinamycine ou tétracycline <sup>1</sup>
<b>Dyspnée au moindre effort ou dyspnée de repos</b>	VEMS < 30%	Antibiothérapie systématique + recherche des autres causes d'exacerbation de la dyspnée	<b>Amoxicilline/acide clavulanique</b> ou C3G injectable (céfotaxime ou ceftriaxone) ou FQAP (lévofloxacine) <sup>2</sup>

\* 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
<b>Stade 1 ou 2 ou VEMS&gt;50</b>	- <b>Pas d'antibiothérapie</b>	
<b>Stade 3 ou VEMS &lt;50</b>	<b>Antibiothérapie seulement si expectoration franchement purulente verdâtre :</b>  <b>AMOXICILLINE = CLAMOXYL® 1g</b> 1CP x 3/jour	ROVAMYCINE® 3 MU 1CP x 3/jour ou PRISTINAMYCINE= PYOSTACINE® 2CP x 3 /jour
<b>Stade 3 ou VEMS &lt;30</b>	<b>Antibiothérapie systématique</b> <b>Recherche d'autres causes d'exacerbation de la dyspnée</b>  <b>AMOX/ACCLAVULANIQUE =</b> 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 »

➤ **MOTS CLEFS - CLASSEMENT**

Antibiothérapie, Pneumopathie, Bronchite

**DATE DE REVISION PREVUE :**

**01/02/2012**

<b>REDIGE PAR :</b> Dr Jean Marc PONE Responsable des Urgences Le 01-02-2011	<b>APPROUVE PAR :</b> C.TARDY, Directrice Qualité- GDR S. OLLIVIER, Responsable Qualité Octobre 2011	<b>VALIDE PAR :</b> Dr SIAMI, Réanimateur COMEDIMS Mars 2011
---	---	---