



MISE AU POINT

Antibiothérapie par Voie Générale dans les Infections Respiratoires Basses de l'Adulte

Pneumonie Aiguë Communautaire (PAC)

Exacerbation de BPCO

Christian Chidiac, Infectiologue (Lyon) et
JD. Cavallo, microbiologiste (Paris), N. Dumarcet (Afssaps),
T. Galpérine, infectiologue (Paris), F. Goebel (Afssaps),
C. Mayaud, pneumologue (Paris), I. Pellanne (Afssaps),
C. Perronne, infectiologue (Garches), P. Petitpretz, pneumologue (Le Chesnay),
M. Reidiboym (Afssaps), I. Robine (Afssaps),
E. Varon, microbiologiste (Paris).

Avertissement

- Ce diaporama ne représente qu'un résumé schématique de la MAP (Mise Au Point) « Antibiothérapie par Voie Générale dans les Infections Respiratoires Basses de l'Adulte, Pneumonie Aiguë Communautaire (PAC), Exacerbation de Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) ».
- Certains éléments nécessaires à une bonne compréhension n'ont pu être reproduits.
- **Seul le texte complet a valeur de recommandation officielle.** <http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Mises-au-point/Antibiotherapie-par-voie-generale-dans-les-infections-respiratoires-basses-de-l-adulte-Mise-au-point>

Introduction

- MAP : prise en charge des PAC et EBPCO chez l'adulte non immunodéprimé.
- Harmonisation synthétique des recommandations préalables.
 - AFSSAPS.
 - SPILF et SPLF.
- Focus sur ABT des PAC en contexte post grippal (pandémie et épidémie).
- Pour les détails : voir les textes de référence.

Sources

- 1. AFSSAPS. Antibiothérapie par voie générale en pratique courante au cours des infections respiratoires basses de l'adulte et de l'enfant. Recommandations. http://www.afssaps.fr/content/download/5294/52392/version/6/file/irh_reco.pdf
- 2. SPILF. Prise en charge des infections des voies respiratoires basses de l'adulte immunocompétent. http://infectiologie.com/site/medias/_documents/consensus/inf_respir_long2006.pdf
- 3. SPILF. Prise en charge de la grippe en dehors d'une situation de pandémie en 2005. http://infectiologie.com/site/medias/_documents/consensus/grippe-long-2005.pdf
- 4. SPLF. Actualisation des recommandations de la SPLF pour la prise en charge de la BPCO. http://www.splf.org/s/IMG/pdf/RMR2003_20_294.pdf

Sources

- 1. AFSSAPS. Antibiothérapie par voie générale en pratique courante au cours des infections respiratoires basses de l'adulte et de l'enfant. Recommandations. http://www.afssaps.fr/content/download/5294/52392/version/6/file/irh_reco.pdf
- 2. SPILF. Prise en charge des infections des voies respiratoires basses de l'adulte immunocompétent. http://infectiologie.com/site/medias/_documents/consensus/inf_respir_long2006.pdf
- 3. SPILF. Prise en charge de la grippe en dehors d'une situation de pandémie en 2005. http://infectiologie.com/site/medias/_documents/consensus/grippe-long-2005.pdf
- 4. SPLF. Actualisation des recommandations de la SPLF pour la prise en charge de la BPCO. http://www.splf.org/s/IMG/pdf/RMR2003_20_294.pdf

Pneumonie Aiguë Communautaire

Pneumonie communautaire

Recherche de signes de gravité :

- atteinte des fonctions supérieures (altération de la conscience),
- atteinte des fonctions vitales :
 - PA systolique < 90 mmHg
 - Fréquence cardiaque > 120 /min
 - Fréquence respiratoire > 30 / min
- température < 35°C ou ≥ 40°C
- néoplasie associée (cancer autre que baso-cellulaire, actif ou diagnostiqué dans l'année),
- pneumonie d'inhalation ou sur obstacle trachéo-bronchique connu ou suspecté.

ou de situations particulières :

- complication de la pneumonie (notamment suspicion d'épanchement pleural ou d'abcédation)
- conditions socio-économiques défavorables
- inobservance thérapeutique prévisible
- isolement social, notamment chez les personnes âgées

Oui

Hospitalisation recommandée

Non

Recherche de facteurs de risque de mortalité :

- - âge > 65 ans
- - insuffisance cardiaque congestive,
- - maladie cérébro-vasculaire (antécédents d'accident vasculaire cérébral ou ischémique transitoire),
- - maladie rénale (insuffisance rénale chronique ou élévation de la créatininémie),
- - maladie hépatique (cirrhose hépatique ou autre hépatopathie chronique),
- - BPCO,
- - immunodépression (corticothérapie par voie générale ou traitement immunosuppresseur dans les 6 mois, splénectomie, chimiothérapie dans les 6 mois, SIDA, cachexie ...),
- - drépanocytose homozygote,
- - antécédent de pneumonie bactérienne,
- - hospitalisation dans l'année,
- - vie en institution.

- âge ≤ 65 ans sans ou avec un seul facteur de risque
Ou
- âge > 65 ans sans facteur de risque

Prise en charge généralement ambulatoire

- âge ≤ 65 ans et deux facteurs de risque
Ou
- âge > 65 ans et au moins un facteur de risque

Hospitalisation recommandée

Score CRB65

C

Confusion

R

Fréquence respiratoire > 30

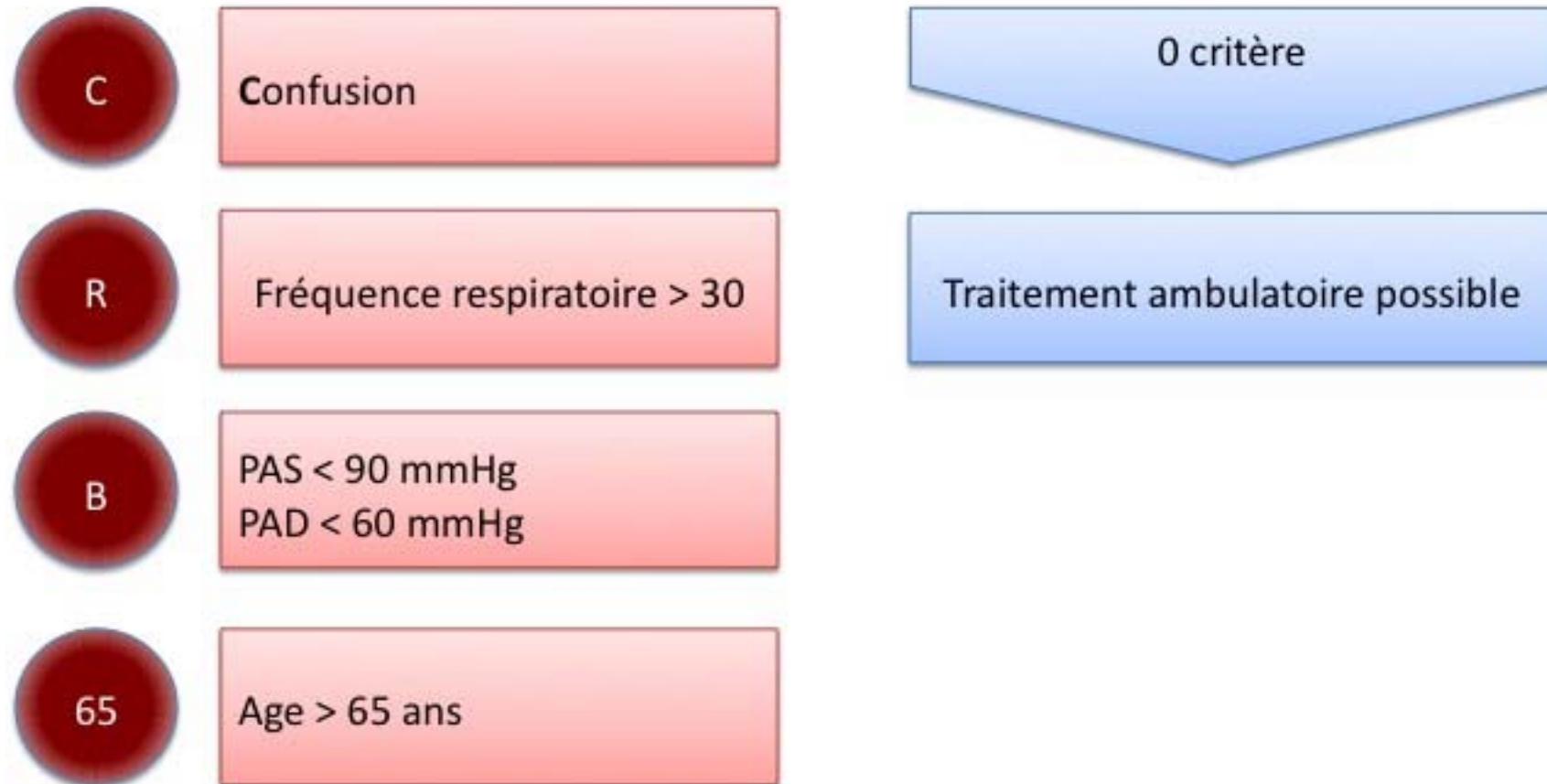
B

PAS < 90 mmHg
PAD < 60 mmHg

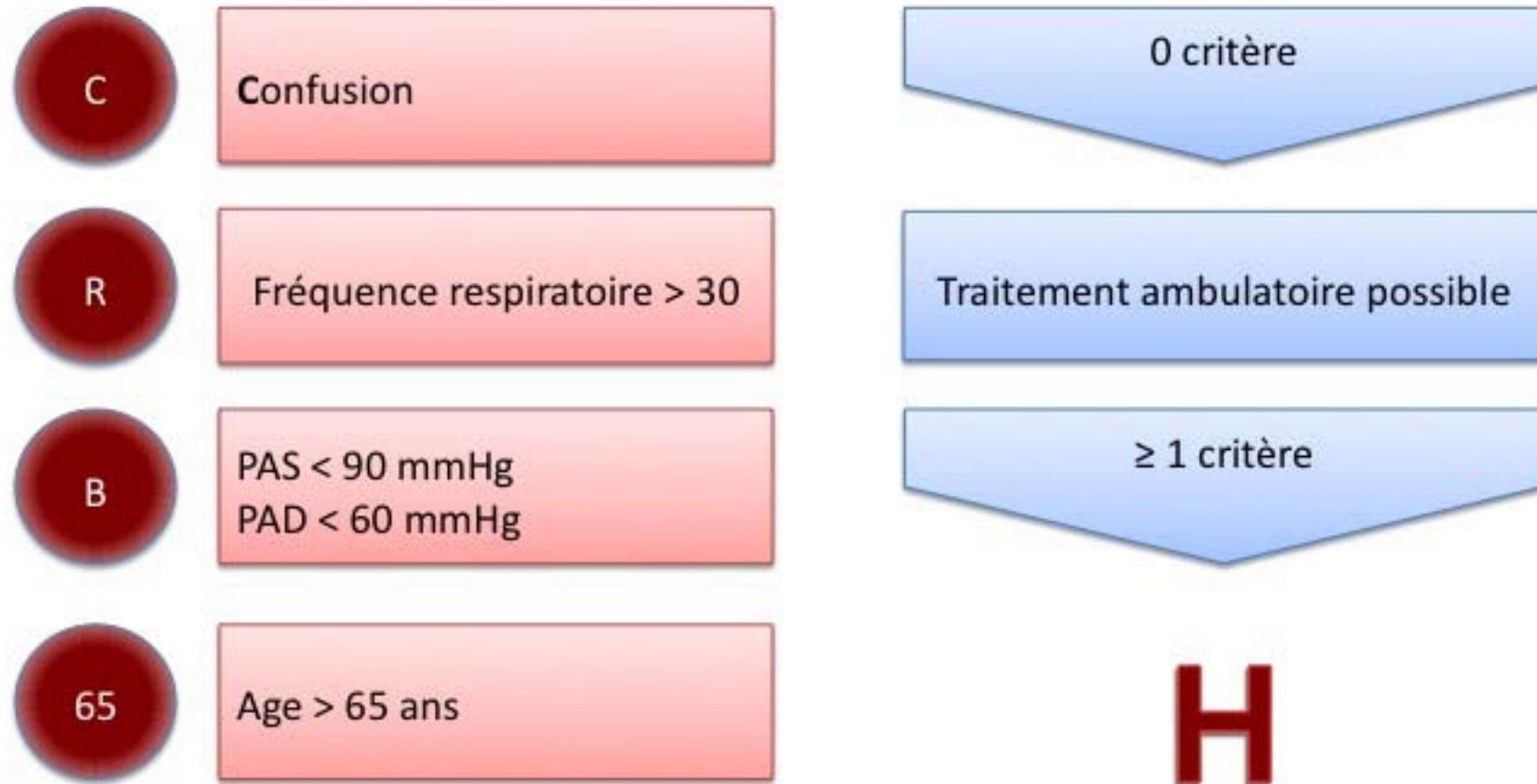
65

Age > 65 ans

Score CRB65



Score CRB65



Points Importants

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).
2. La lévofloxacinine 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.
3. La moxifloxacinine par voie **orale et IV** est réservée au traitement des pneumonies communautaires ou des exacerbations aiguës de bronchite chronique **lorsqu'aucun autre antibiotique ne peut être utilisé.**
4. 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.

Points Importants

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).
2. 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.
3. La moxifloxacine par voie **orale et IV** est réservée au traitement des pneumonies communautaires ou des exacerbations aiguës de bronchite chronique **lorsqu'aucun autre antibiotique ne peut être utilisé.**
4. 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 pristinaamycine ne peuvent être prescrites.

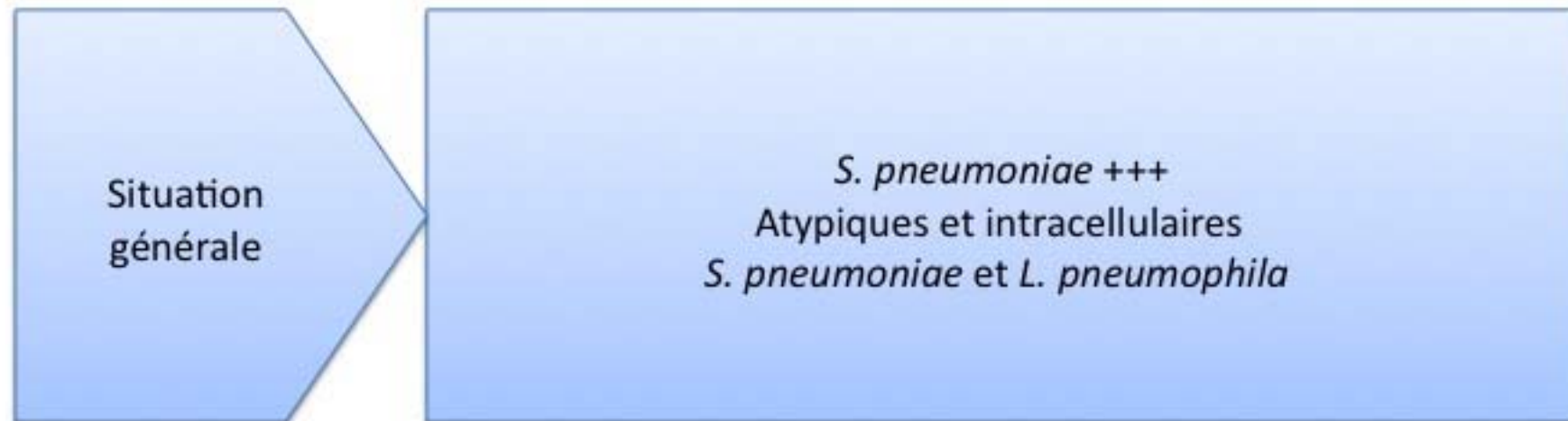
Points Importants

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).
2. 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.
3. La moxifloxacine par voie **orale et IV** est réservée au traitement des pneumonies communautaires ou des exacerbations aiguës de bronchite chronique **lorsqu'aucun autre antibiotique ne peut être utilisé.**
4. 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 pristinaamycine ne peuvent être prescrites.

Points Importants

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).
2. 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.
3. La moxifloxacine par voie **orale et IV** est réservée au traitement des pneumonies communautaires ou des exacerbations aiguës de bronchite chronique **lorsqu'aucun autre antibiotique ne peut être utilisé.**
4. 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 pristinaamycine ne peuvent être prescrites.

PAC : Bases de l'Antibiothérapie Probabiliste



PAC : Bases de l'Antibiothérapie Probabiliste

Situation
générale

S. pneumoniae +++
Atypiques et intracellulaires
S. pneumoniae et *L. pneumophila*

Contexte
Grippal :
Pandémie,
Epidémie

S. pneumoniae +++
S. aureus, *H. influenzae*,
Streptococcus pyogenes A
Atypiques et intracellulaires : pas de rôle

SARM PVL+

si PAC **gravissime** (pneumonie nécrosante, choc)

ABT Probabiliste PAC Adulte Ambulatoire sans Signe de Gravité

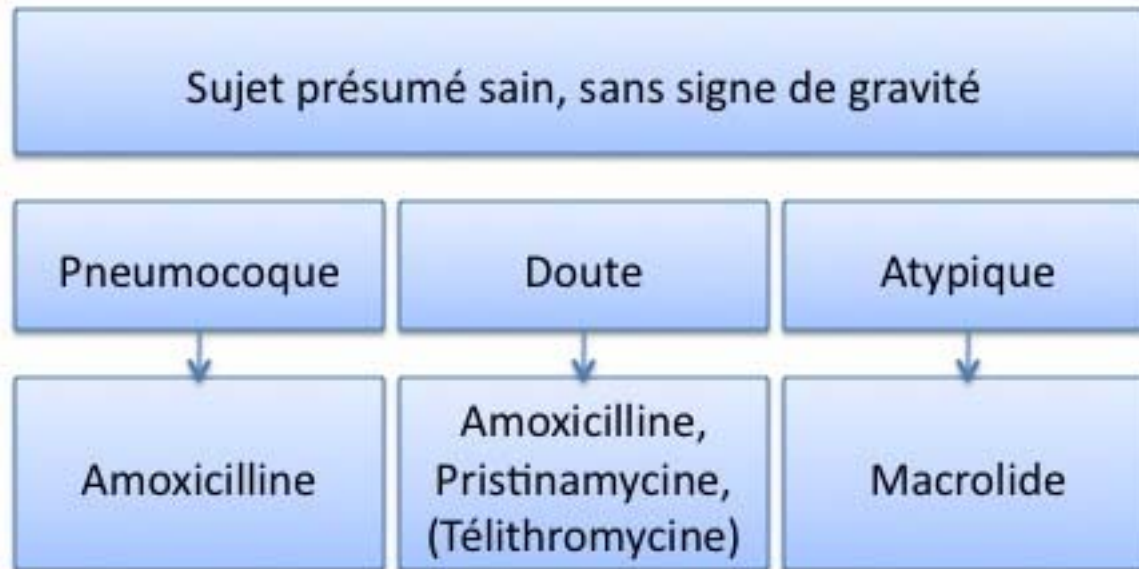
Sujet présumé sain, sans signe de gravité

Pneumocoque

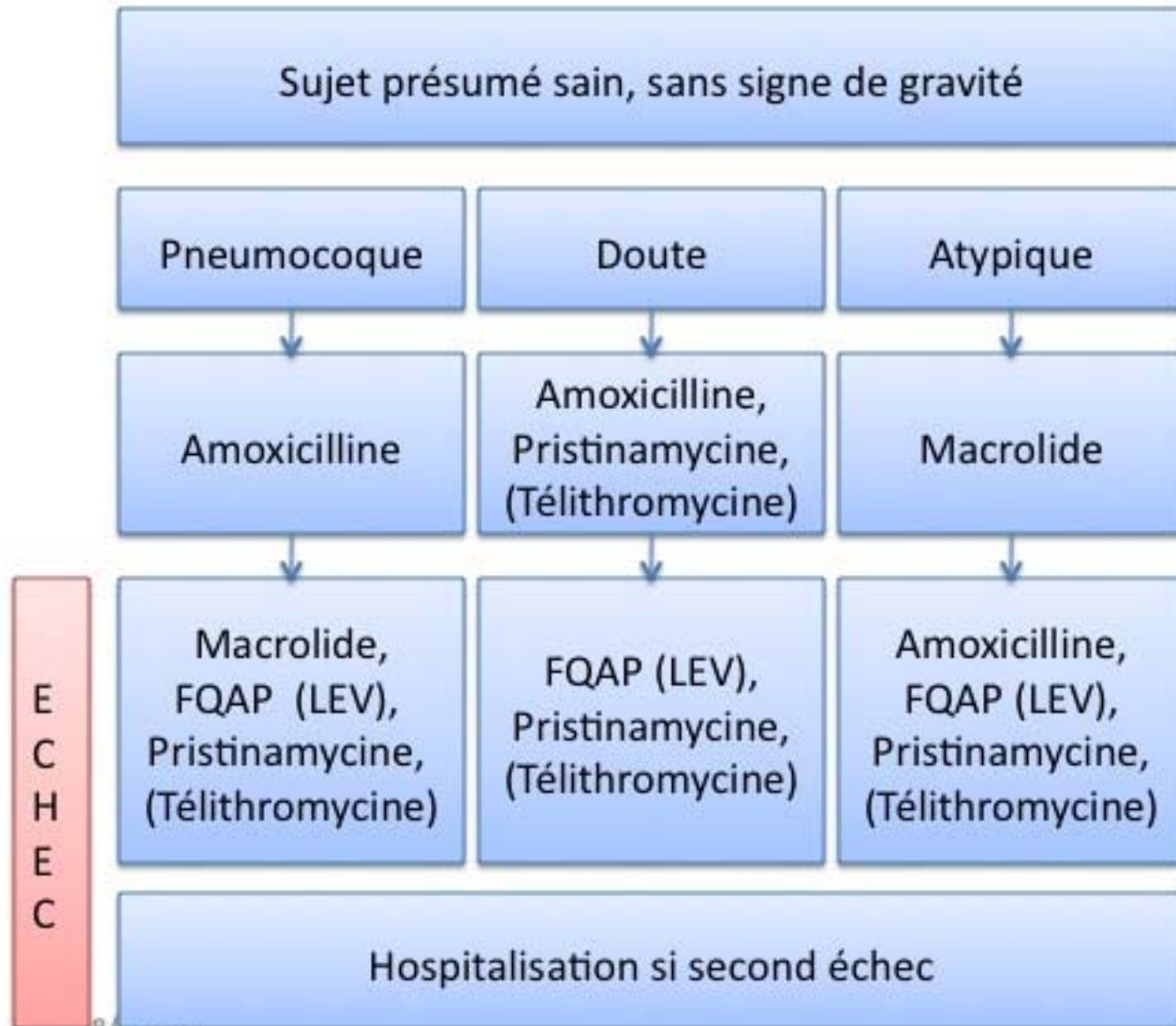
Doute

Atypique

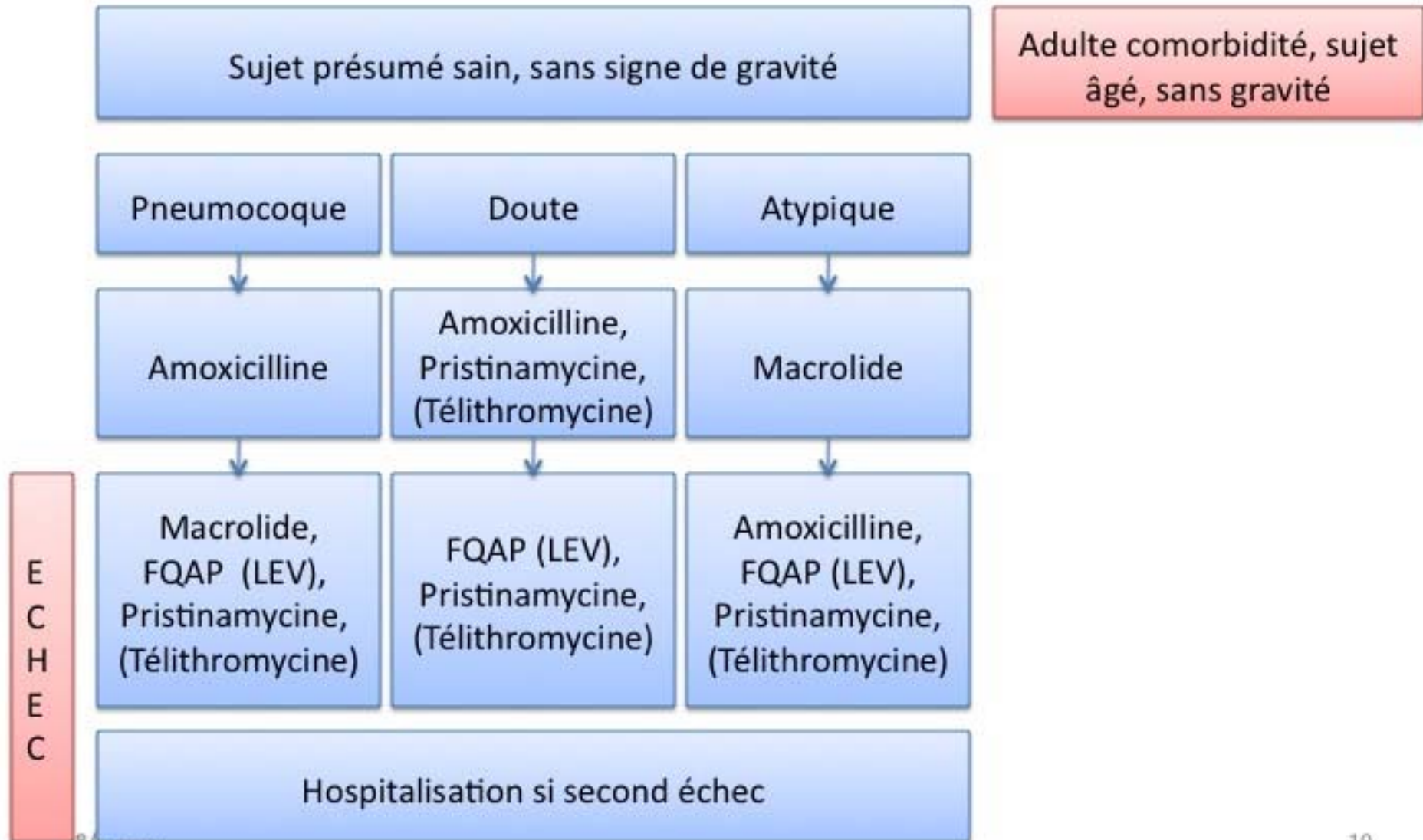
ABT Probabiliste PAC Adulte Ambulatoire sans Signe de Gravité



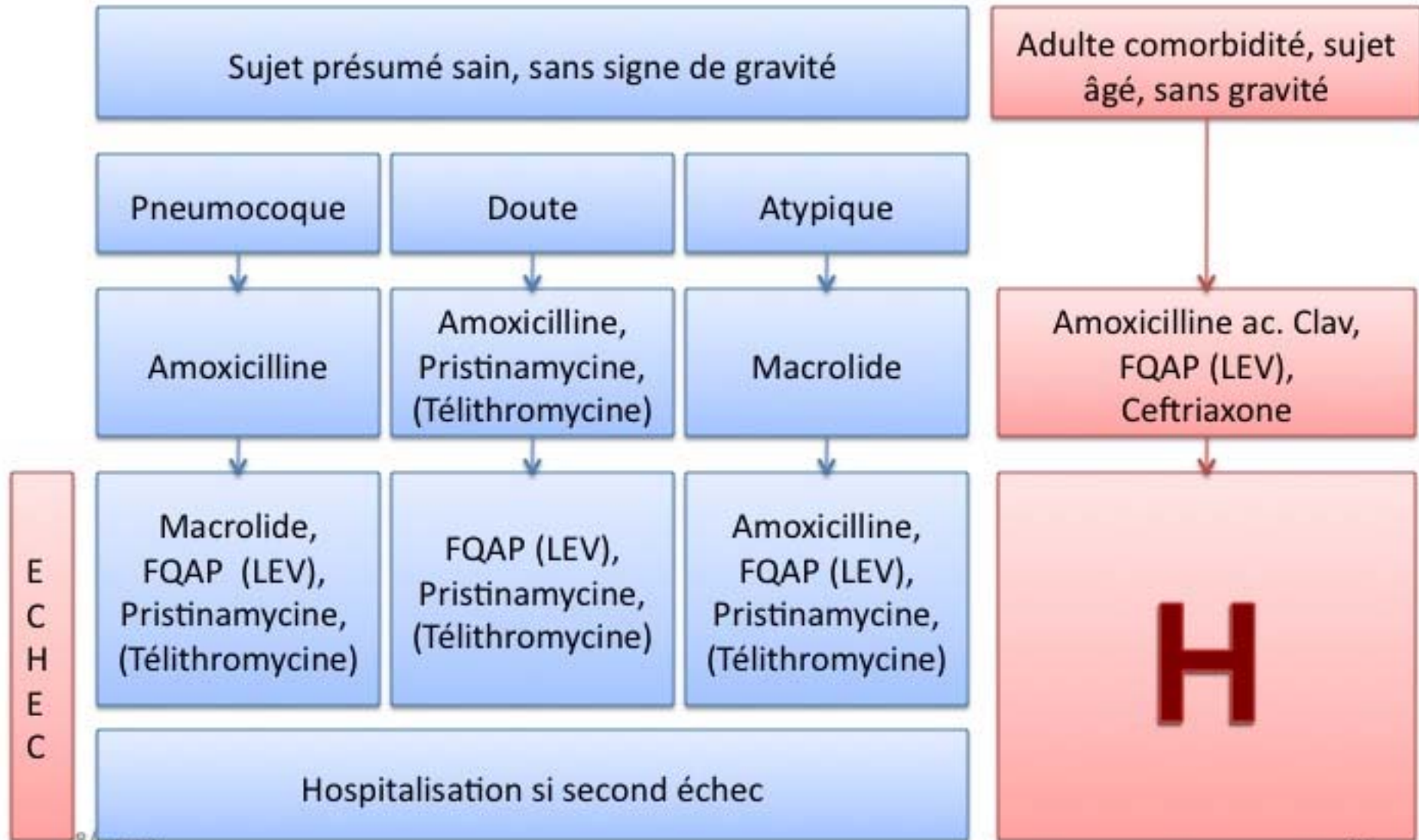
ABT Probabiliste PAC Adulte Ambulatoire sans Signe de Gravité



ABT Probabiliste PAC Adulte Ambulatoire sans Signe de Gravité



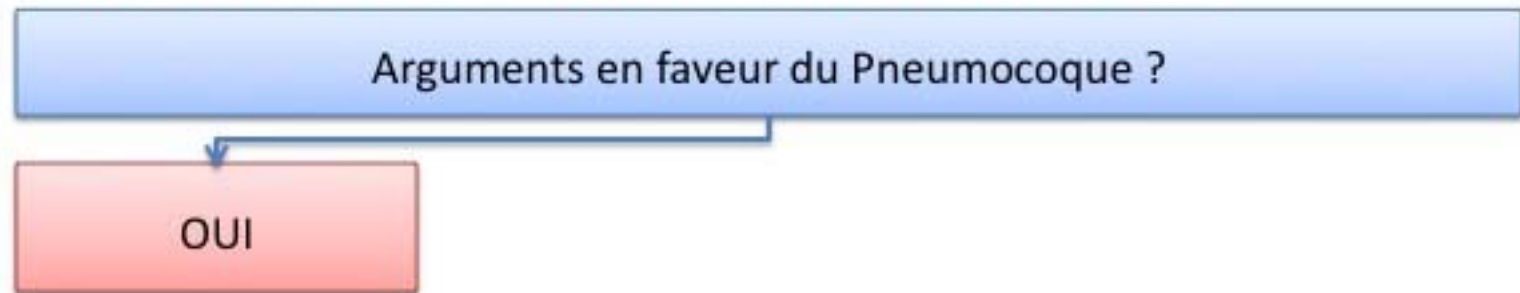
ABT Probabiliste PAC Adulte Ambulatoire sans Signe de Gravité



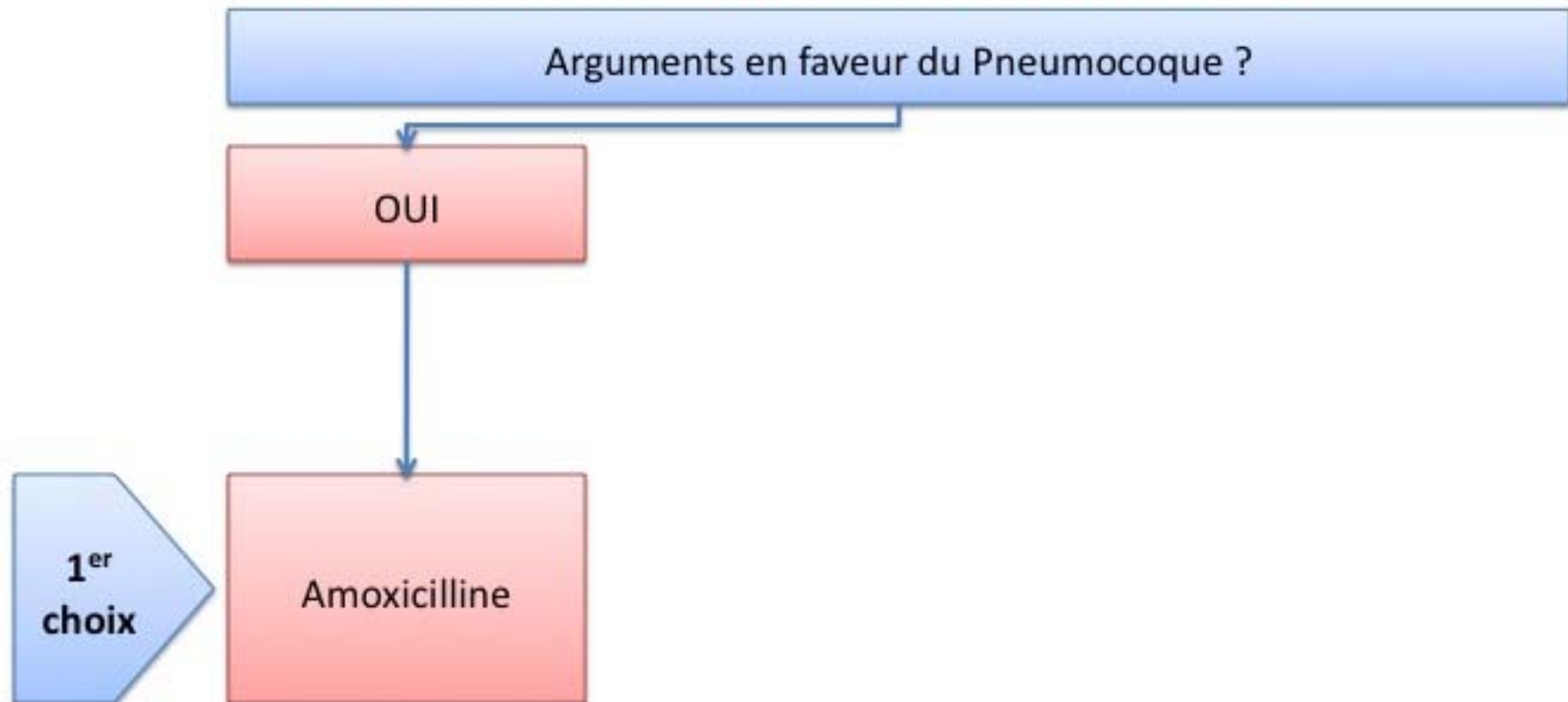
ABT Probabiliste des PAC non Graves Hospitalisées (SAU, Médecine), Situation Générale

Arguments en faveur du Pneumocoque ?

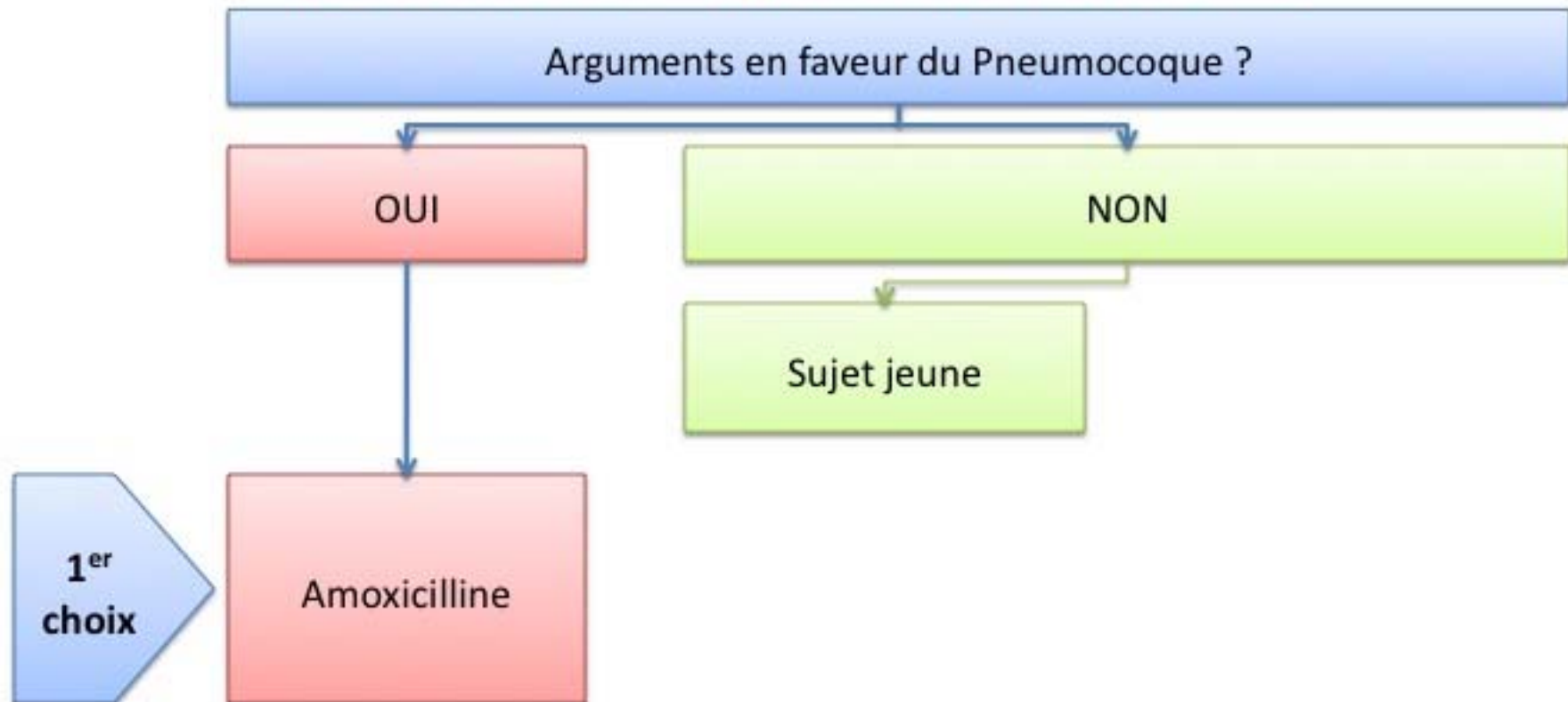
ABT Probabiliste des PAC non Graves Hospitalisées (SAU, Médecine), Situation Générale



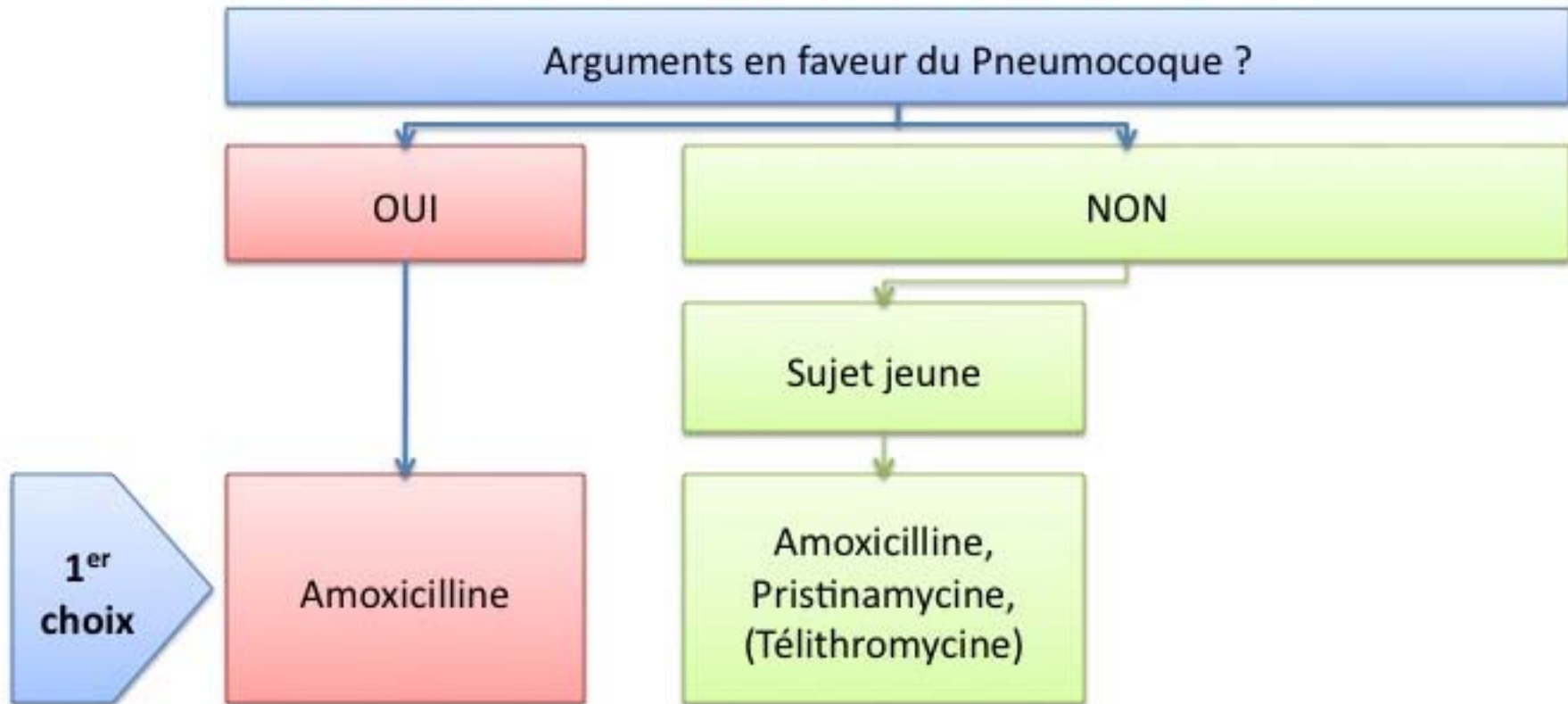
ABT Probabiliste des PAC non Graves Hospitalisées (SAU, Médecine), Situation Générale



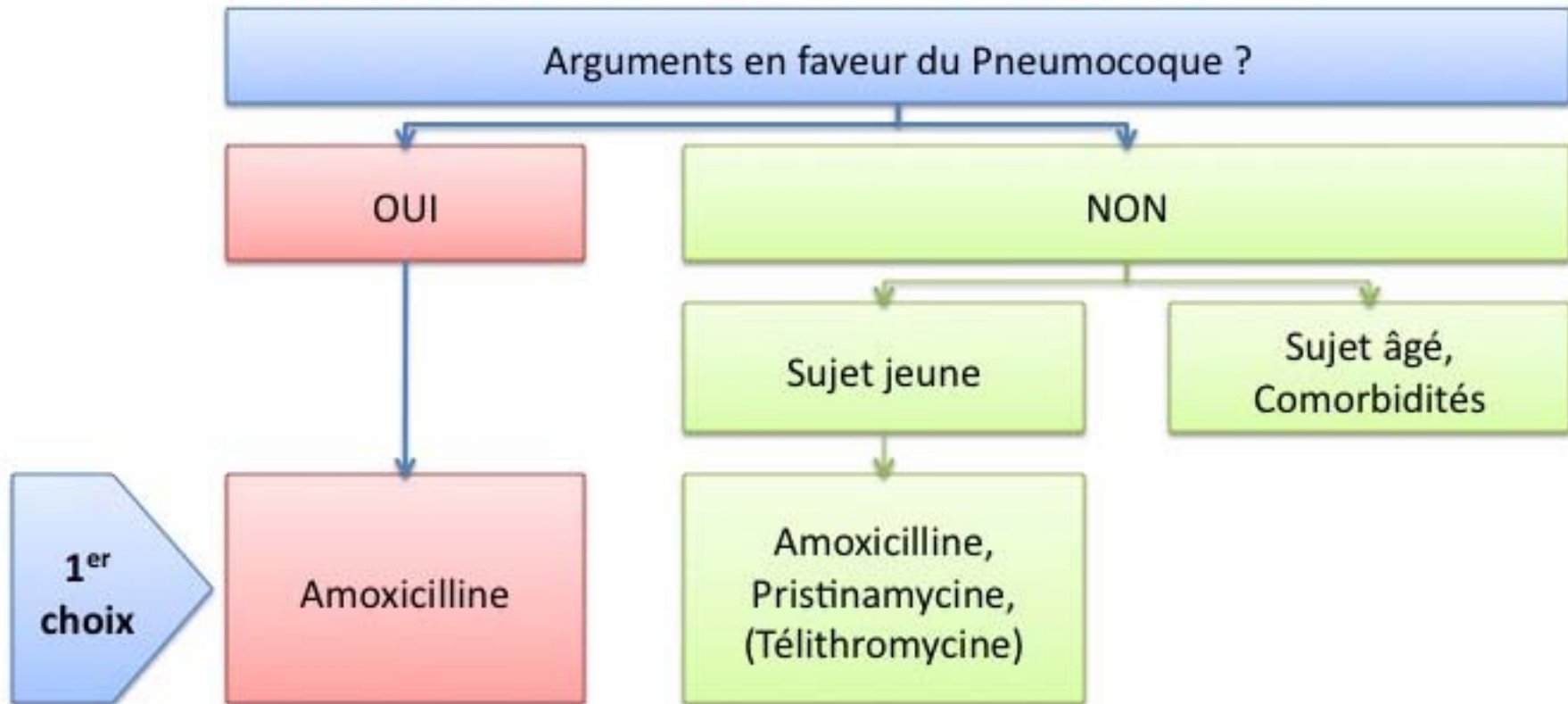
ABT Probabiliste des PAC non Graves Hospitalisées (SAU, Médecine), Situation Générale



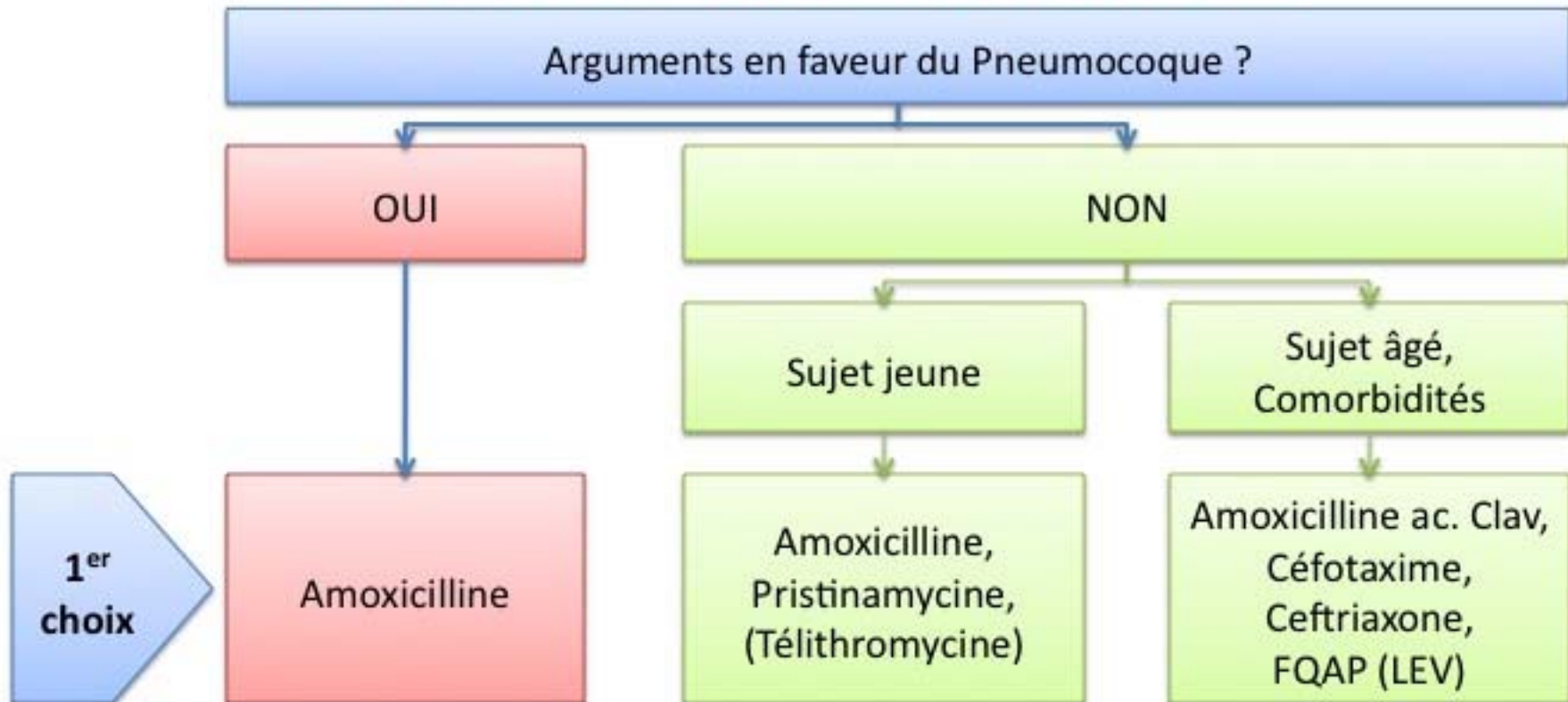
ABT Probabiliste des PAC non Graves Hospitalisées (SAU, Médecine), Situation Générale



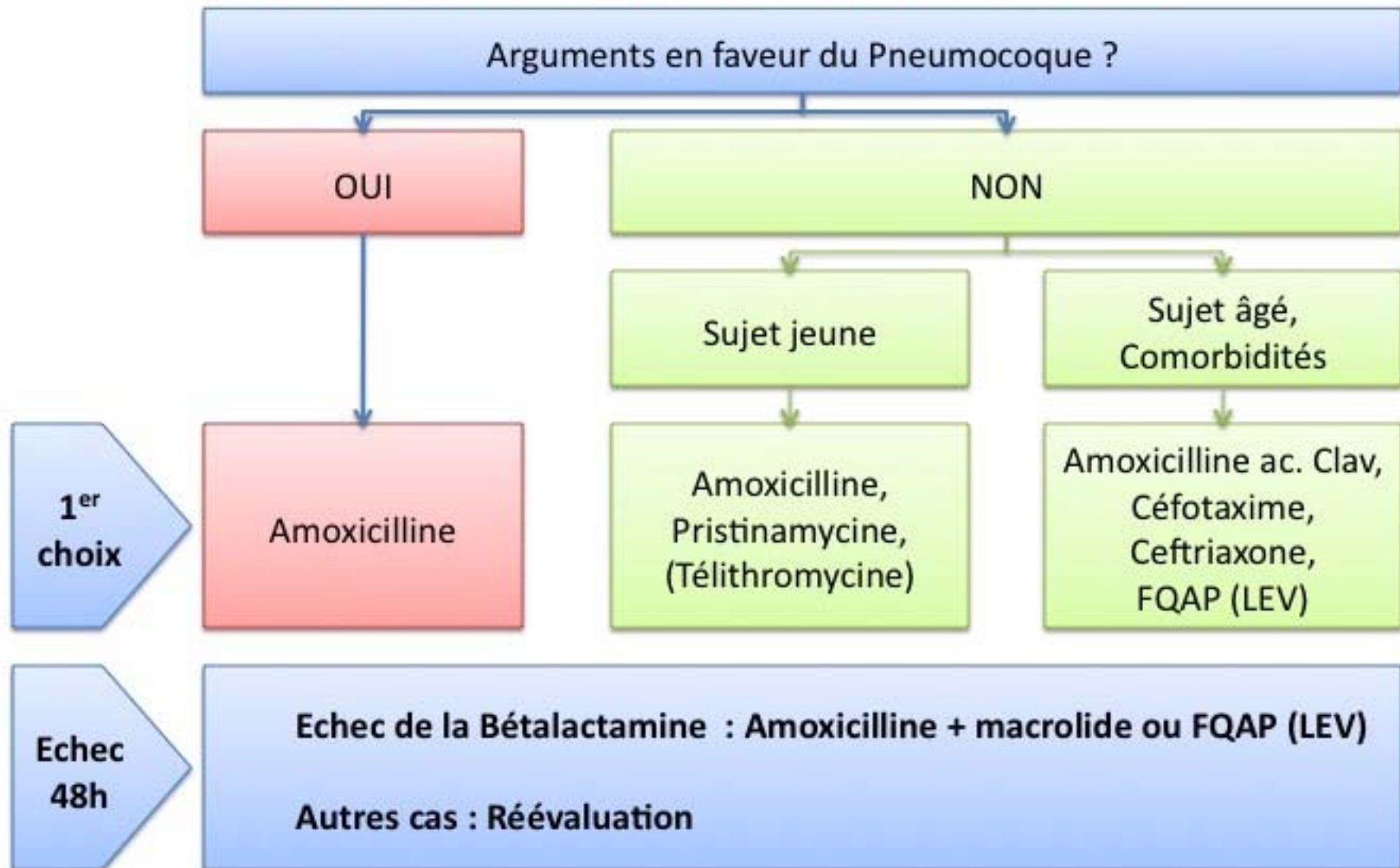
ABT Probabiliste des PAC non Graves Hospitalisées (SAU, Médecine), Situation Générale



ABT Probabiliste des PAC non Graves Hospitalisées (SAU, Médecine), Situation Générale



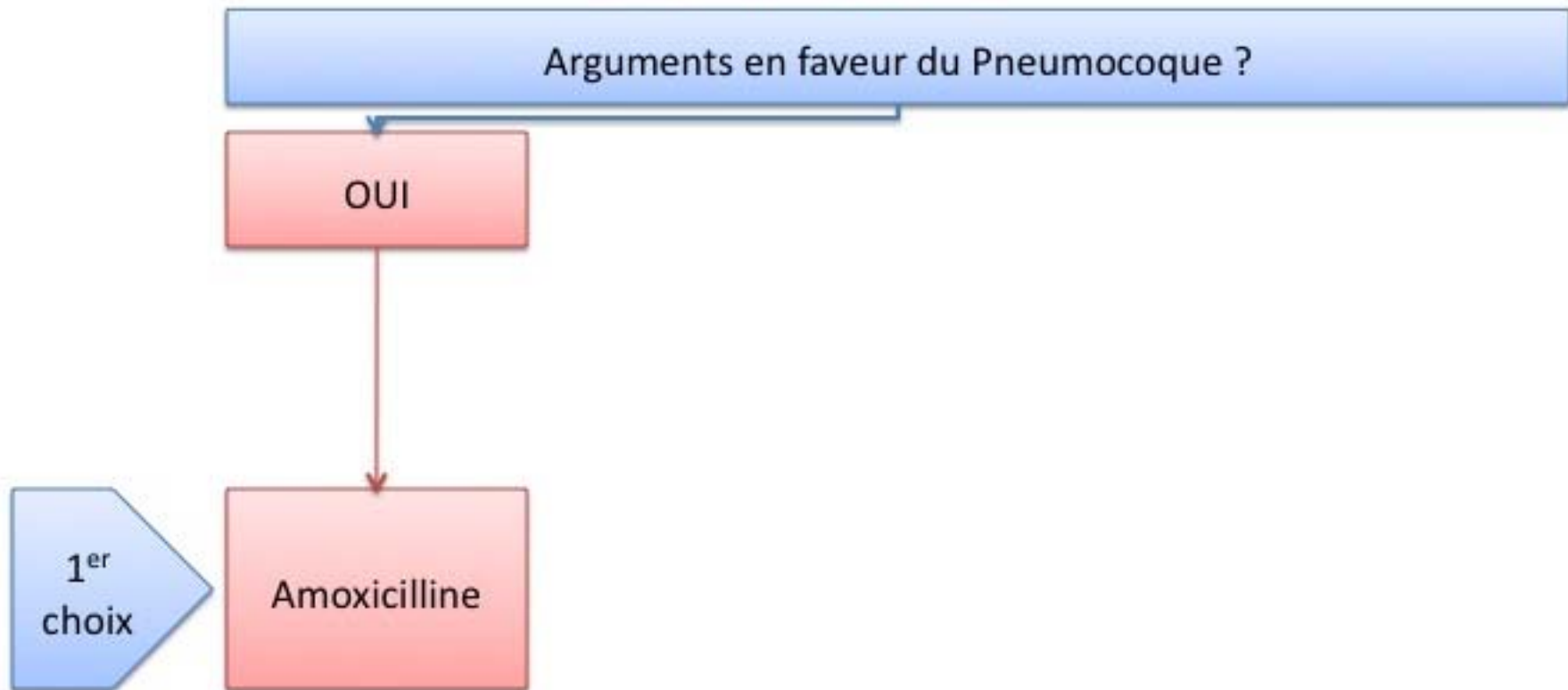
ABT Probabiliste des PAC non Graves Hospitalisées (SAU, Médecine), Situation Générale



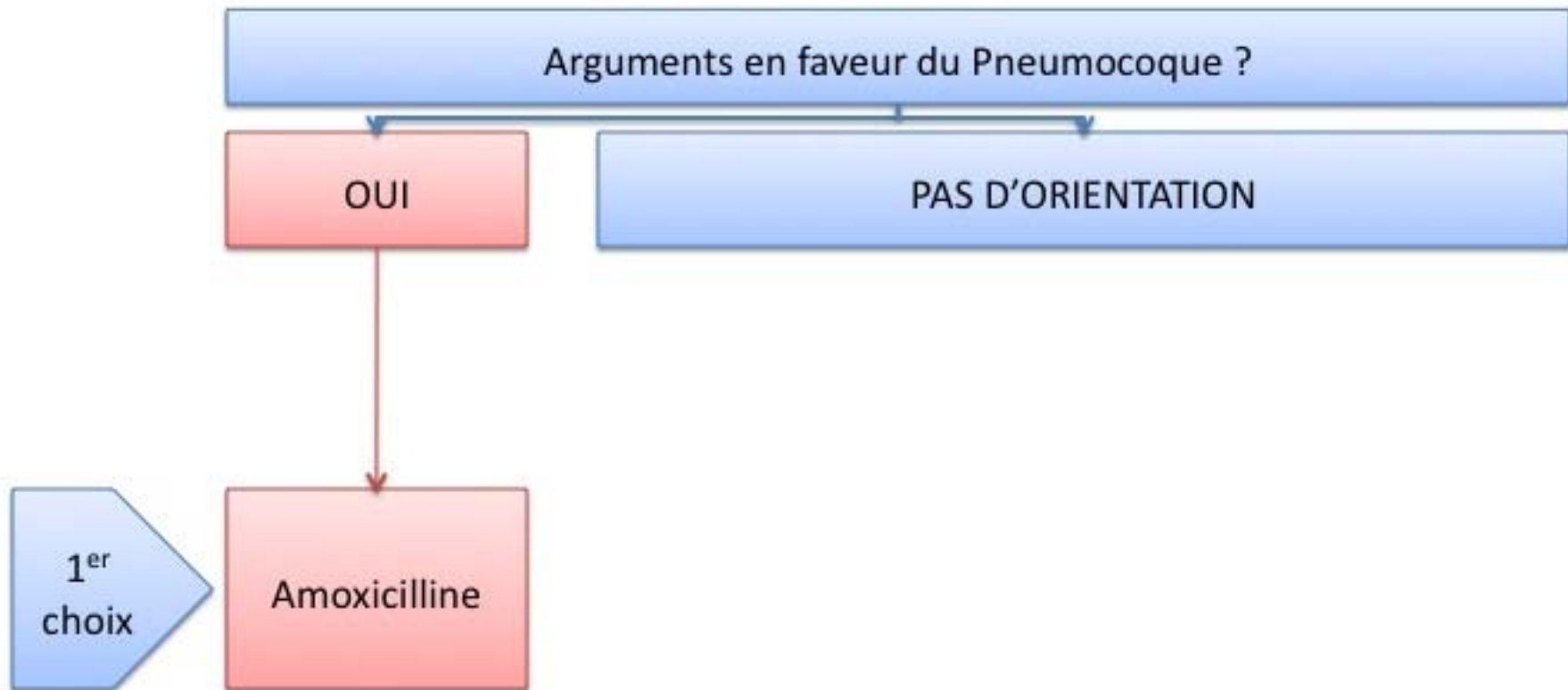
ABT Probabiliste des PAC, Contexte Grippal, Hors Réanimation.

Arguments en faveur du Pneumocoque ?

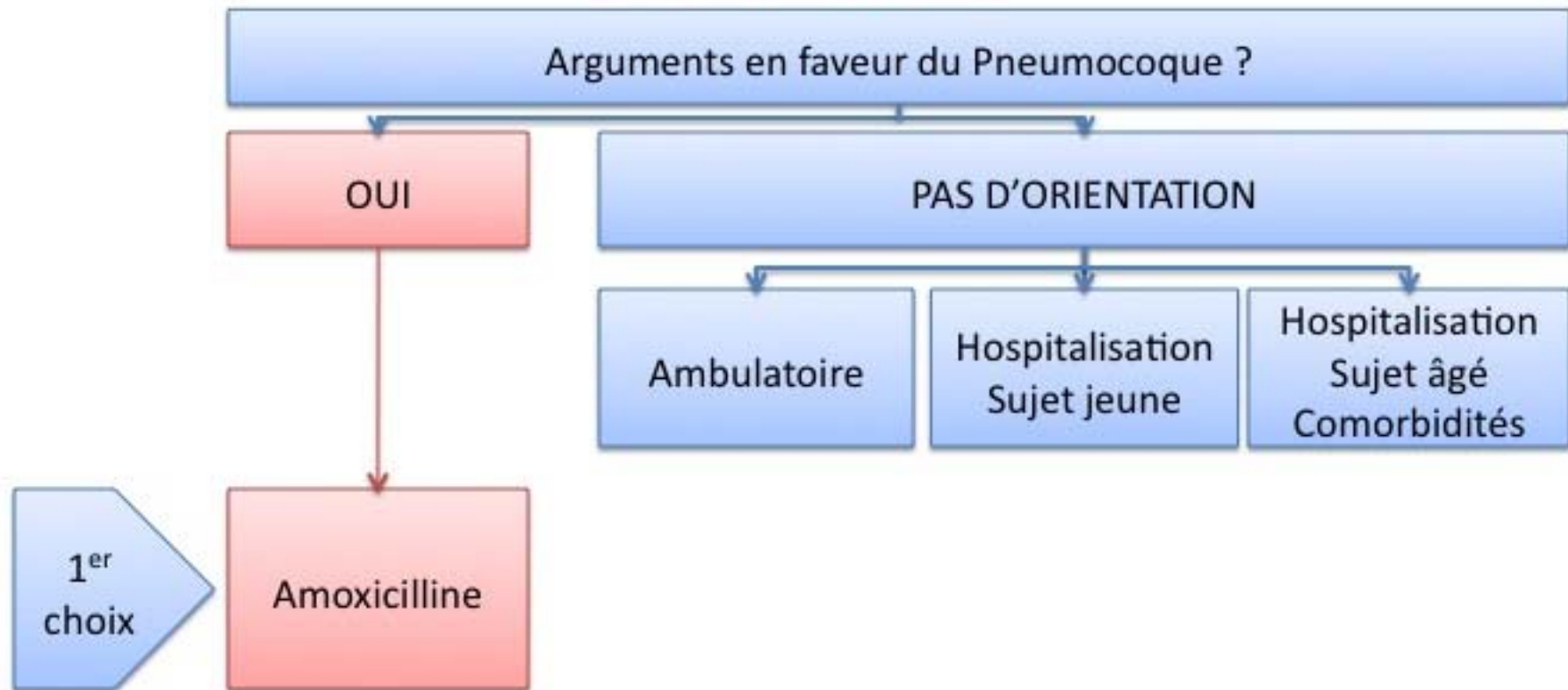
ABT Probabiliste des PAC, Contexte Grippal, Hors Réanimation.



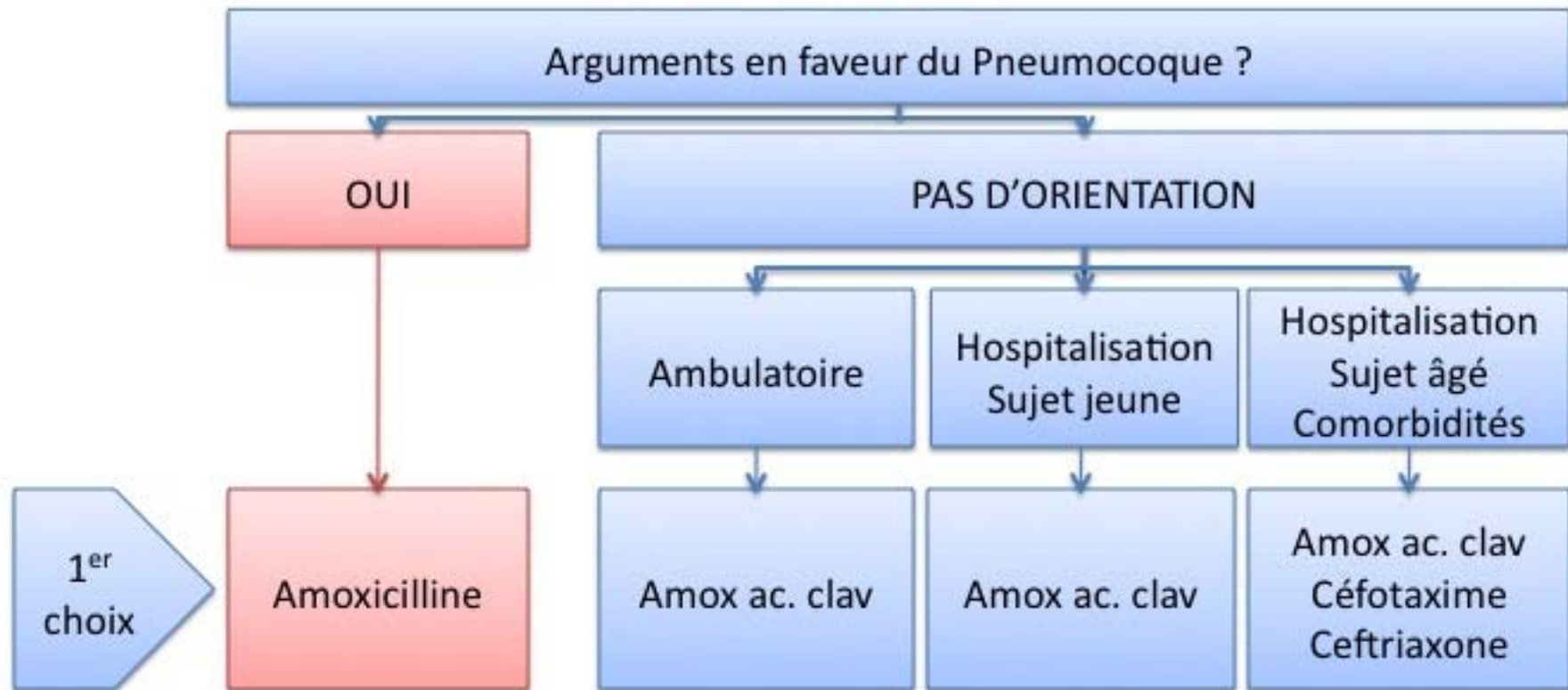
ABT Probabiliste des PAC, Contexte Grippal, Hors Réanimation.



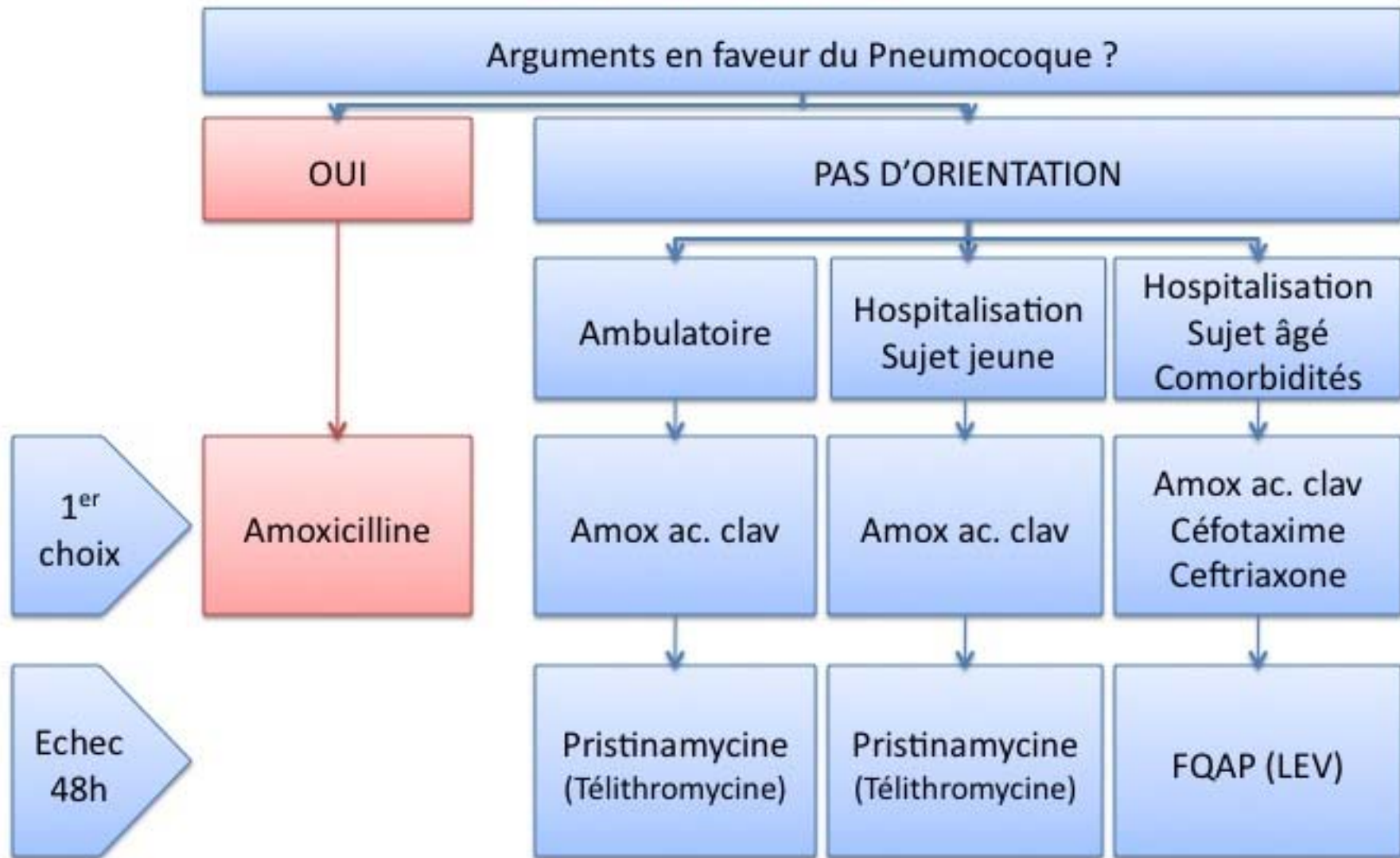
ABT Probabiliste des PAC, Contexte Grippal, Hors Réanimation.



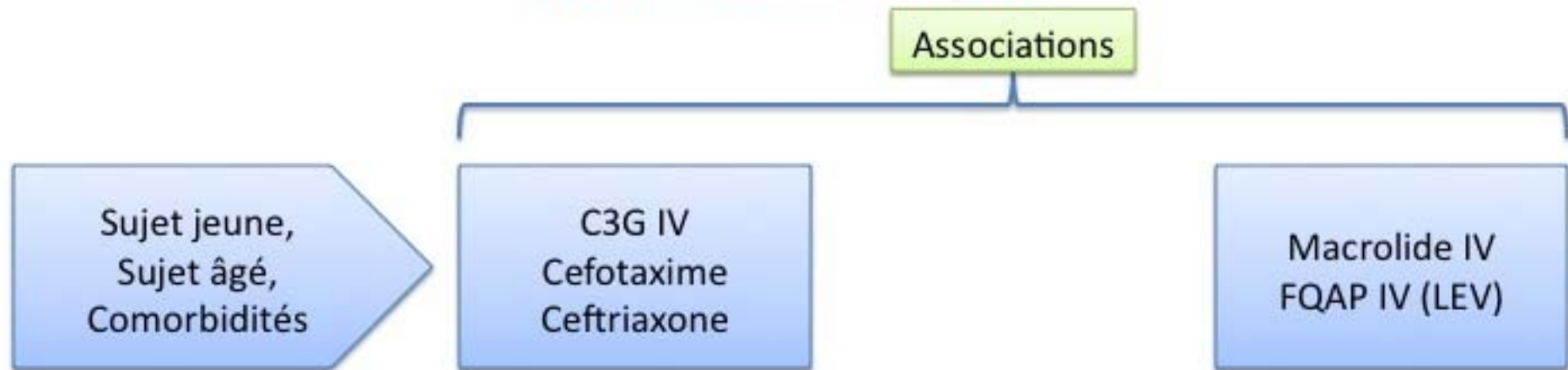
ABT Probabiliste des PAC, Contexte Grippal, Hors Réanimation.



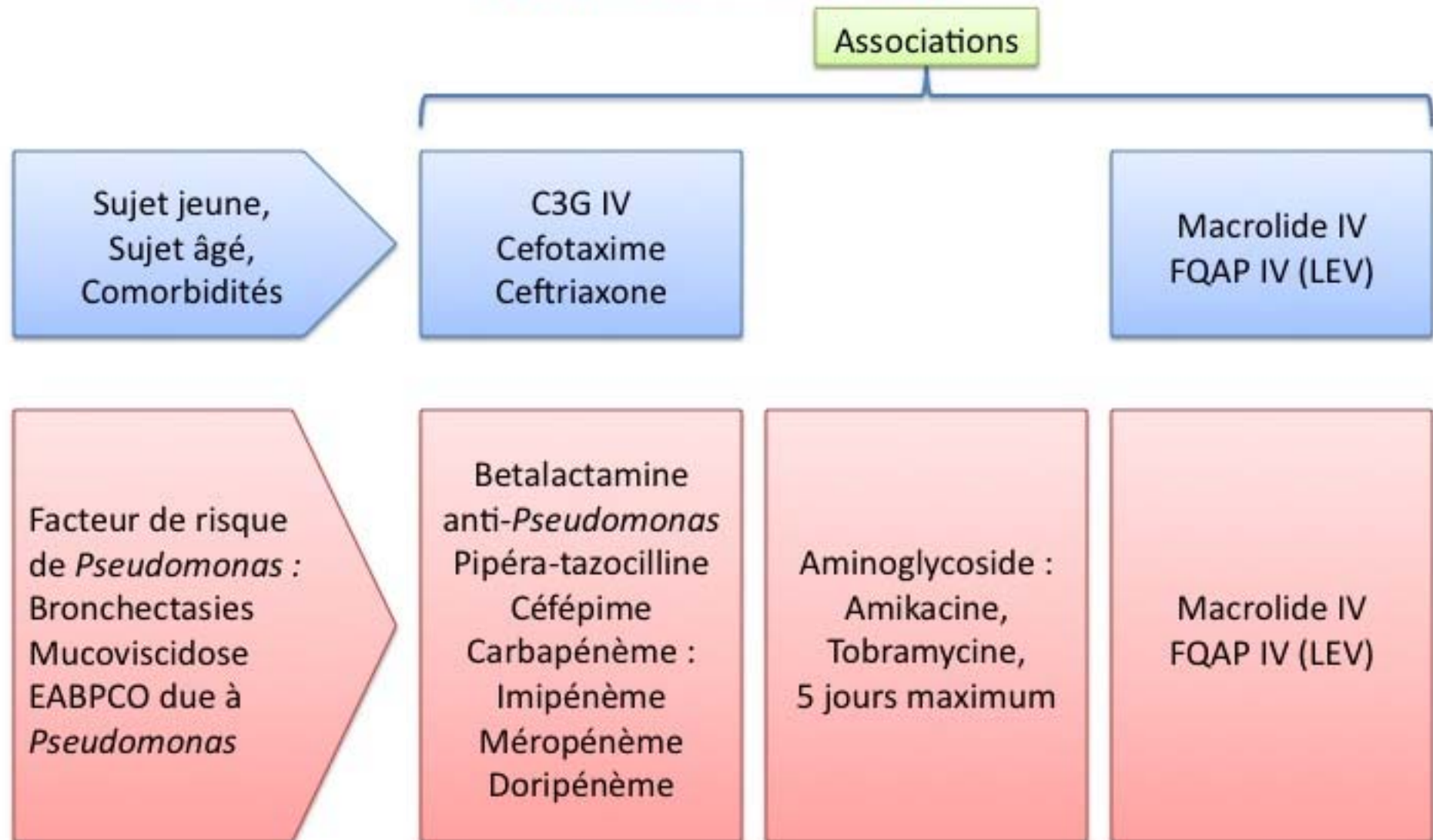
ABT Probabiliste des PAC, Contexte Grippal, Hors Réanimation.



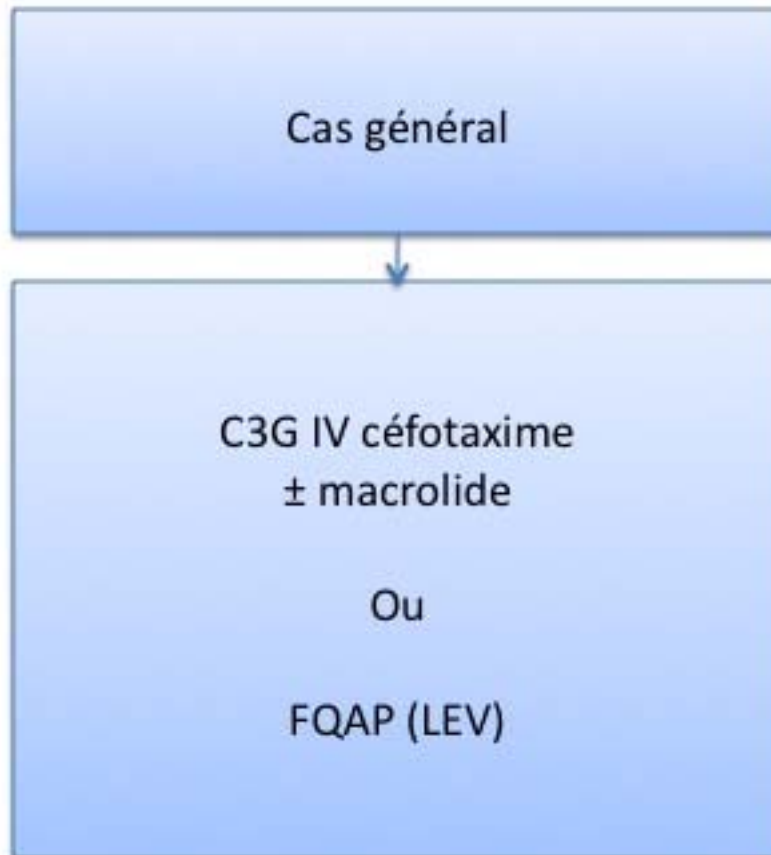
ABT Probabiliste des PAC Graves (USI, Réanimation)



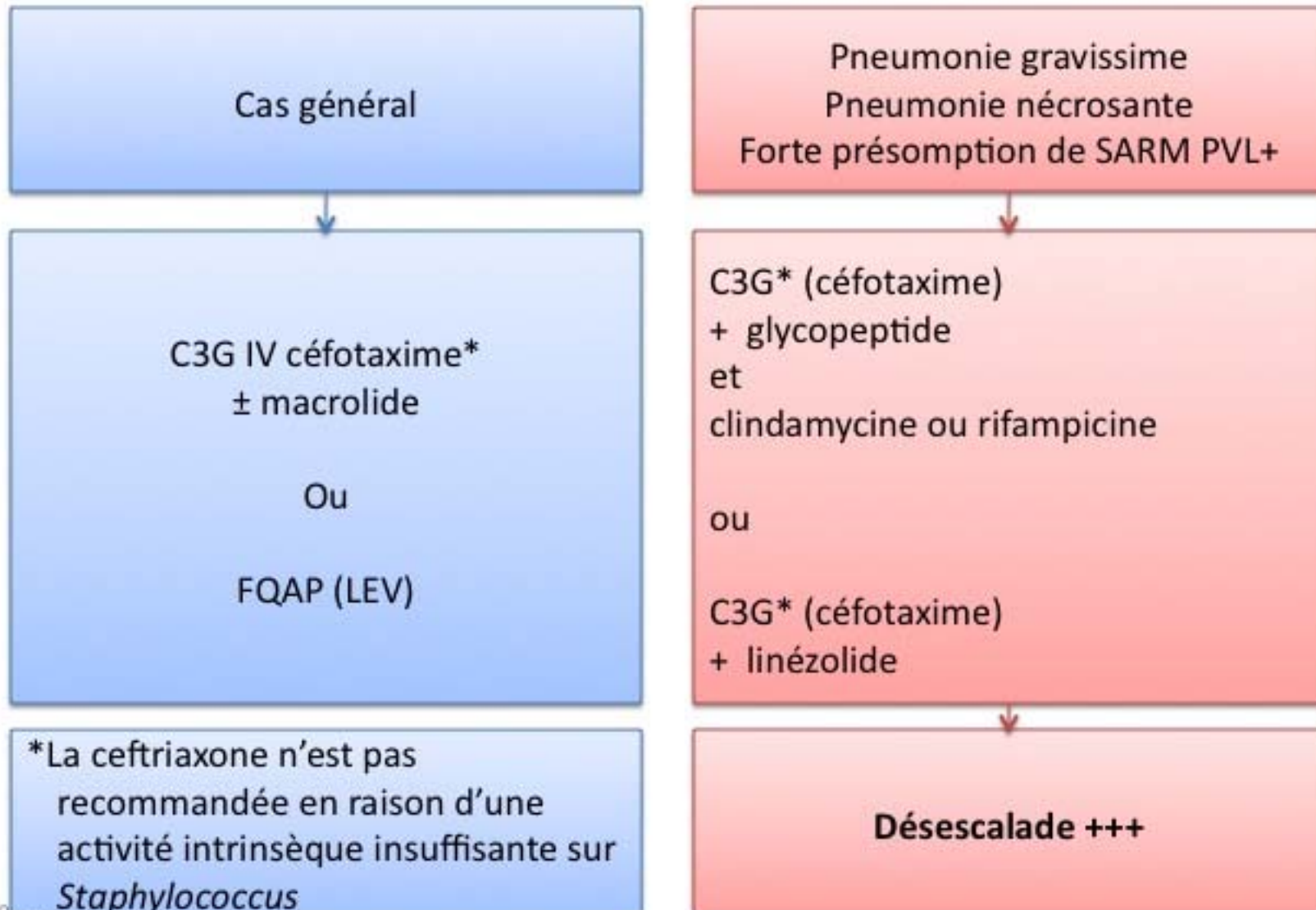
ABT Probabiliste des PAC Graves (USI, Réanimation)



ABT Probabiliste des PAC de Réanimation, Contexte Grippal



ABT Probabiliste des PAC de Réanimation, Contexte Post Grippal



Désescalade de l'ABT Probabiliste des PAC Gravissimes de Réanimation, Contexte Post Grippal

<i>S. pneumoniae</i>	Arrêt ABT anti staphylococciques
Bacille à Gram -	Arrêt ABT anti staphylococciques
<i>S. aureus</i>	Arrêt C3G
<i>S. aureus</i> méti-S, PVL -	Pénicilline M
<i>S. aureus</i> méti-S, PVL +	Pénicilline M + clindamycine ou RIF
<i>S. aureus</i> méti-R, PVL -	Glycopeptide ou linézolide
<i>S. aureus</i> méti-R, PVL +	Glycopeptide + clindamycine Glycopeptide + RIF Linézolide

Exacerbations de BPCO

Introduction

- **BPCO**
 - Maladie chronique inflammatoire des bronches,
 - Lentement progressive,
 - Caractérisée par une diminution non complètement réversible des débits aériens.
- **Diagnostic**
 - Repose sur les EFR (spirométrie).
 - Effectuées en dehors de tout épisode d'exacerbation.

EABPCO : Points Importants

- **Exacerbations : facteurs aggravants de la BPCO.**
- Il convient de ne pas traiter toute exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive par des antibiotiques.
- Seules certaines exacerbations de BPCO sont d'origine bactérienne, et justifient alors, sur certains profils de patients, une antibiothérapie dans leur prise en charge.
- L'argument clinique prépondérant en faveur de l'étiologie bactérienne d'une EA : purulence verdâtre franche des crachats

EABPCO : Points Importants

- Exacerbations : facteurs aggravants de la BPCO.
- Il convient de ne pas traiter toute exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive par des antibiotiques.
- Seules certaines exacerbations de BPCO sont d'origine bactérienne, et justifient alors, sur certains profils de patients, une antibiothérapie dans leur prise en charge.
- L'argument clinique prépondérant en faveur de l'étiologie bactérienne d'une EA : purulence verdâtre franche des crachats

EABPCO : Points Importants

- Exacerbations : facteurs aggravants de la BPCO.
- Il convient de ne pas traiter toute exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive par des antibiotiques.
- Seules certaines exacerbations de BPCO sont d'origine bactérienne, et justifient alors, sur certains profils de patients, une antibiothérapie dans leur prise en charge.
- L'argument clinique prépondérant en faveur de l'étiologie bactérienne d'une EA : purulence verdâtre franche des crachats

EABPCO : Points Importants

- Exacerbations : facteurs aggravants de la BPCO.
- Il convient de ne pas traiter toute exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive par des antibiotiques.
- Seules certaines exacerbations de BPCO sont d'origine bactérienne, et justifient alors, sur certains profils de patients, une antibiothérapie dans leur prise en charge.
- L'argument clinique prépondérant en faveur de l'étiologie bactérienne d'une EA : purulence verdâtre franche des crachats

EABPCO : Points Importants

- 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 moxifloxacinine par voie **orale** est **réservée** au traitement des exacerbations aiguës de BPCO lorsqu'aucun autre antibiotique ne peut être utilisé (**pas d'AMM** pour la forme intraveineuse).
- En comparaison aux autres antibiotiques, la télithromycine est associée à un risque plus élevé de survenue d'effets indésirables graves. Elle est utilisable si les autres antibiotiques proposés ne peuvent être prescrits.

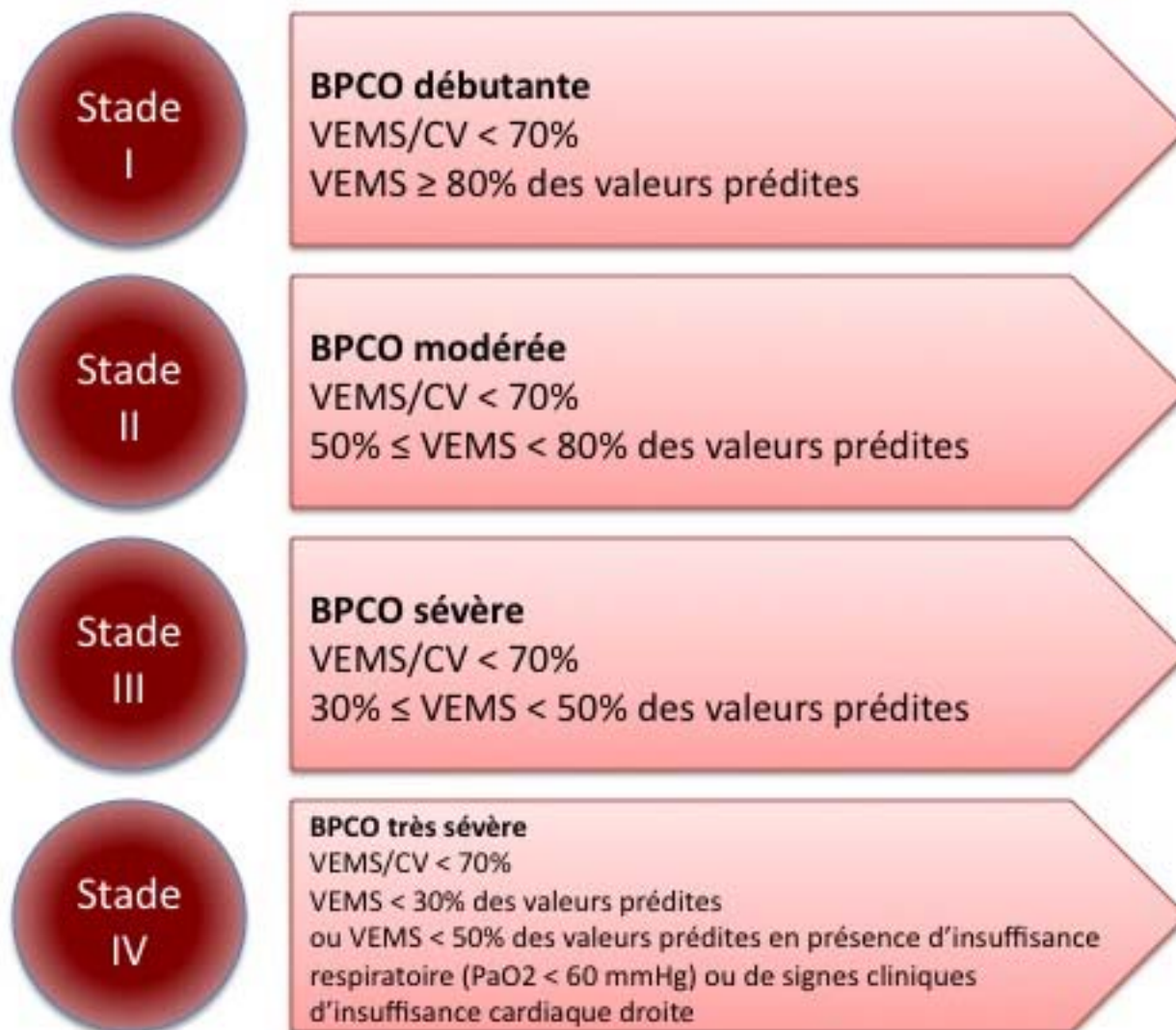
EABPCO : Points Importants

- 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 moxifloxacinine par voie **orale** est **réservée** au traitement des exacerbations aiguës de BPCO lorsqu'aucun autre antibiotique ne peut être utilisé (**pas d'AMM** pour la forme intraveineuse).
- En comparaison aux autres antibiotiques, la télithromycine est associée à un risque plus élevé de survenue d'effets indésirables graves. Elle est utilisable si les autres antibiotiques proposés ne peuvent être prescrits.

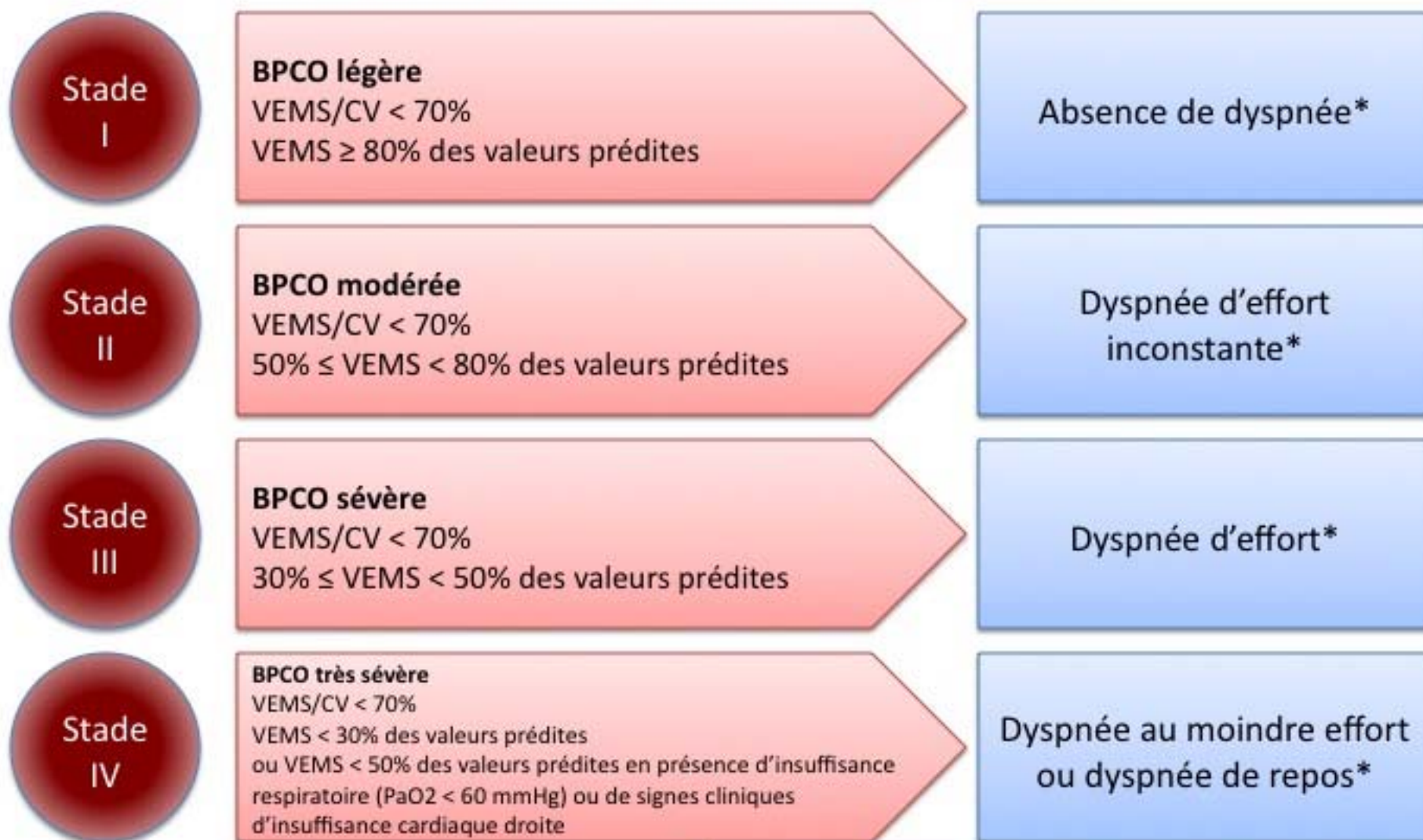
EABPCO : Points Importants

- 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 moxifloxacinine par voie **orale** est **réservée** au traitement des exacerbations aiguës de BPCO lorsqu'aucun autre antibiotique ne peut être utilisé (**pas d'AMM** pour la forme intraveineuse).
- En comparaison aux autres antibiotiques, la télithromycine est associée à un risque plus élevé de survenue d'effets indésirables graves. Elle est utilisable si les autres antibiotiques proposés ne peuvent être prescrits.

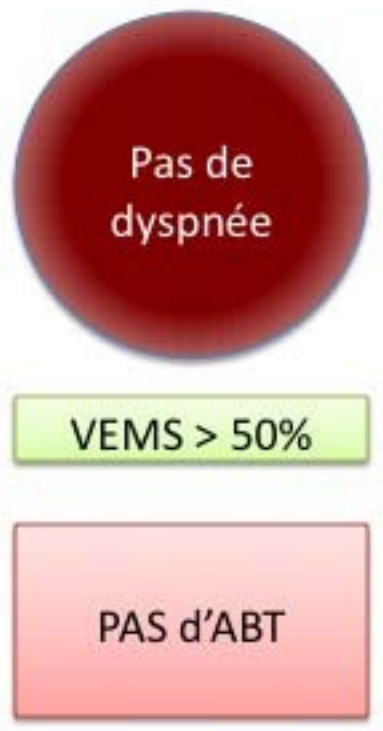
Stades de la BPCO d'après GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease)



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



Exacerbations de BPCO : Indications et Choix de l'ABT



Pas de
dyspnée

VEMS > 50%

PAS d'ABT

Exacerbations de BPCO : Indications et Choix de l'ABT

Pas de
dyspnée

VEMS > 50%

PAS d'ABT

Dyspnée
d'effort

VEMS ≤ 50%

ABT si
purulence
verdâtre

Amoxicilline,
Cefuroxime axétil,
Cefpodoxyme proxétil*,
Céfotiam héxétil*,
Macrolide,
Pristinamycine,
(Télithromycine)

Exacerbations de BPCO : Indications et Choix de l'ABT

Pas de
dyspnée

VEMS > 50%

PAS d'ABT

Dyspnée
d'effort

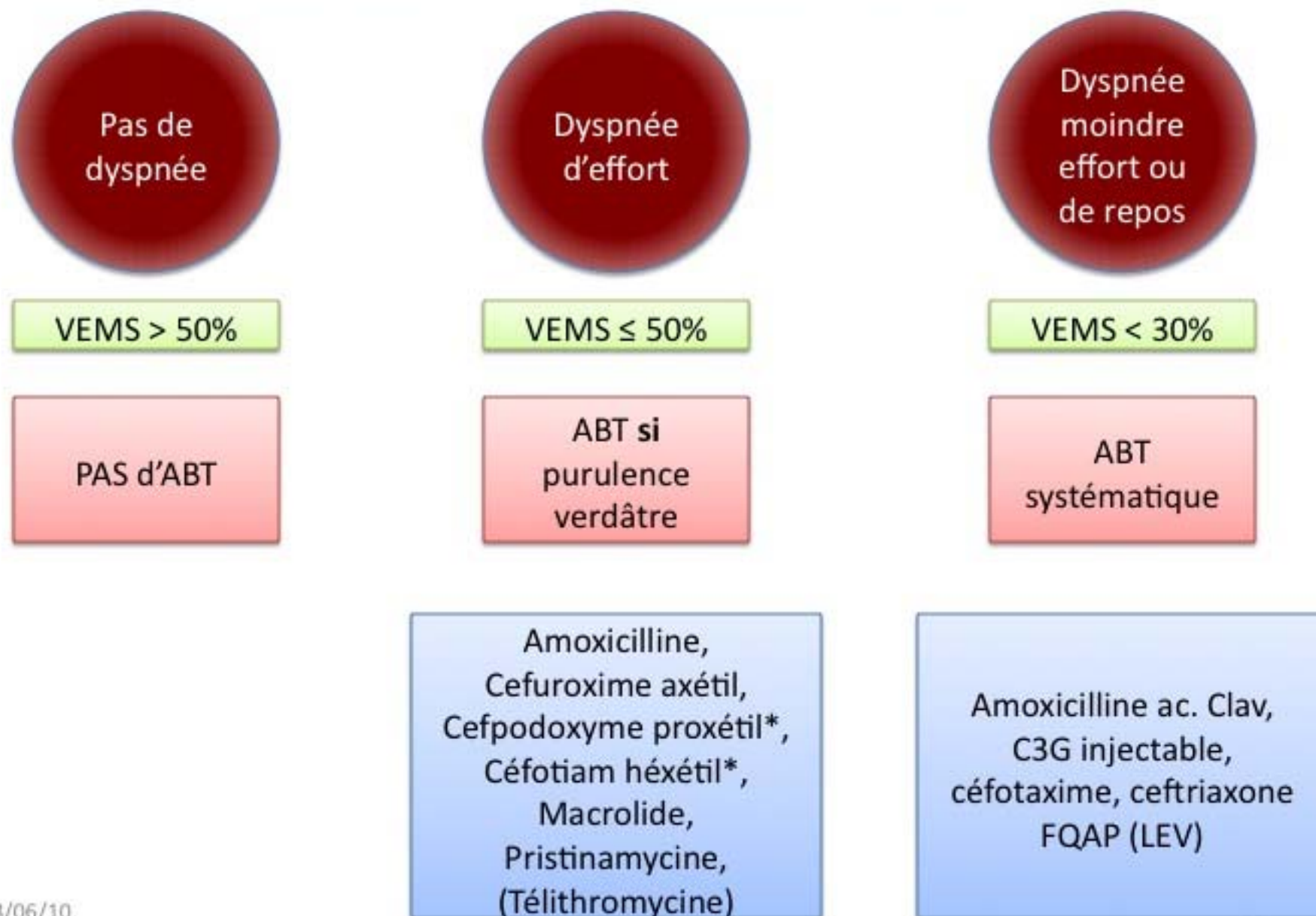
VEMS ≤ 50%

ABT si
purulence
verdâtre

Amoxicilline,
Cefuroxime axétil,
Cefpodoxyme proxétil*,
Céfotiam hététil*,
Macrolide,
Pristinamycine,
(Télithromycine)

* L'émergence de souches
sécrétrices de
bêtalactamase dans la
communauté devrait faire
limiter leur utilisation

Exacerbations de BPCO : Indications et Choix de l'ABT



Groupe de travail

- L'Afssaps et la SPILF ont élaboré cette Mise au point à partir des évaluations d'un groupe multidisciplinaire d'experts présidé par C.Chidiac, infectiologue (Lyon) et composé de : JD. Cavallo, microbiologiste (Paris), N. Dumarcet (Afssaps), T. Galpérine, infectiologue (Paris), F. Goebel (Afssaps), C. Mayaud, pneumologue (Paris), I. Pellanne (Afssaps), C. Perronne, infectiologue (Garches), P. Petitpretz, pneumologue (Le Chesnay), M. Reidiboym (Afssaps), I. Robine (Afssaps), E. Varon, microbiologiste (Paris).
- Ce document a été présenté au Groupe de Travail des Médicaments Anti-Infectieux du 4 novembre et 7 décembre 2009 présidé par R. Cohen.
- Il a été validé par la commission d'AMM du 3 juin 2010 présidée par D. Vittecoq.
- Remerciements aux Assistants - Chefs de clinique et Internes des hôpitaux qui ont contribué par leur relecture attentive à l'amélioration du texte : R Asencio, A Basch, T Baudry, L Bertoletti, C Caralp, J Clottes, M Coudurier, S Couraud, T Ferry, M Fontaine, N Girard, A Grouet, P Heudel, V Jahandiez, S Poutrel, S Quetant