

Guide d'antibiothérapie empirique de la pneumonie bactérienne acquise en communauté (PAC) nécessitant une hospitalisation chez l'adulte

Mise en garde importante : ce guide ne remplace pas le jugement du clinicien

Groupe	Pathogènes probables*	Antibiotiques en première ligne**	Durée de traitement***	Alternatives/Commentaires
Usagers hospitalisés avec pneumonie de sévérité modérée	<i>S. pneumoniae</i> <i>M. pneumoniae</i> <i>C. pneumoniae</i> <i>S. aureus</i> <i>H. influenzae</i> <i>Legionella spp</i>	Ceftriaxone 2 g IV q 24h ET Doxycycline 100 mg PO BID Relais PO suggérés : Cefprozil [®] 500 mg PO BID OU Amoxicilline [®] 1g PO TID ET Doxycycline 100 mg PO BID	Minimum 5 jours (excepté pour l'azithromycine, selon régime prescrit) Voir recommandations spécifiques au verso	Si contre-indication ou allergie à la doxycycline : Ceftriaxone 2 g IV q 24h ET Azithromycine 500 mg PO DIE (3 jours) ou 500 mg PO x 1 dose puis 250 mg PO DIE x 4 jours OU Ceftriaxone 2 g IV q 24h ET Clarithromycine [®] 500 mg PO BID Si allergie sévère aux pénicillines ou aux céphalosporines Moxifloxacine 400 mg PO DIE en monothérapie Si PO impossible: Ceftriaxone 2 g IV q 24h ET Azithromycine 500 mg IV q 24h (3 jours) OU Moxifloxacine 400 mg IV q 24h en monothérapie
Usagers hospitalisés avec pneumonie sévère • Selon le jugement du clinicien ex. : • Insuffisance rénale aigüe • Acidose métabolique • Ventilation non invasive ou VentilMask ≥ 35 % ou O ₂ ≥ 5 L/min • Nécessité hydratation IV agressive	<i>S. pneumoniae</i> <i>S. aureus</i> <i>Legionella spp.</i> Entérobactéries <i>H. influenzae</i>	Ceftriaxone 2 g IV q 24h ET Azithromycine 500 mg IV q 24h (3 à 5 jours) OU Moxifloxacine 400 mg IV q 24h	Durée de traitement de minimum 5 jours (excepté pour l'azithromycine, selon régime prescrit) Voir recommandations spécifiques au verso	Si allergie sévère aux pénicillines ou aux céphalosporines: Ertapénem [®] 1g IV q 24h OU Méropénem [®] 1g IV q 8h ET Azithromycine 500 mg IV q 24h (3 à 5 jours) Administrer avec prudence et envisager une consultation en spécialité****
Pseudomonas suspecté • Connu porteur <i>Pseudomonas</i> • Bronchiectasies nombreuses • Antibiothérapie à large spectre récente pour infection pulmonaire	Ajout : <i>P. aeruginosa</i>	Pipéracilline/Tazobactam [®] 4,5 g IV q 6h ET Ciprofloxacine [®] 750 mg PO BID (si PO impossible : Ciprofloxacine [®] 400 mg IV q 8h) Dès que les résultats de l'antibiogramme sont connus, une désescalade à une monothérapie devrait être envisagée	Minimum 14 jours Voir recommandations spécifiques au verso	Si allergie sévère aux pénicillines ou aux céphalosporines: Méropénem [®] 1 g IV q 8h ET Ciprofloxacine [®] 750 mg PO BID (Si PO impossible : Ciprofloxacine [®] 400 mg IV q 8h) Administrer avec prudence et envisager une consultation en spécialité**** Si Pseudomonas confirmé et couverture du pneumocoque non désirée : Ceftazidime [®] 2 g IV q 8h ET Ciprofloxacine [®] 750 mg PO BID (Si PO impossible : Ciprofloxacine [®] 400 mg IV q 8h)
SARM suspecté • Connu porteur SARM ou facteurs de risques d'être porteur (milieu carcéral, UDIV, communauté autochtone, etc.) • Infiltrats nécrotiques ou cavitaires	Ajout : SARM	À ajouter aux traitements empiriques suggérés ci-haut : Linézolide 600 mg PO BID (Si PO impossible, voie IV) Interactions médicamenteuses à vérifier avant de prescrire OU Vancomycine [®] 15 à 20 mg/kg IV q 8-12h Considérer dose de charge initiale de 25 mg/kg (max 2g)	Minimum 14 jours Voir recommandations spécifiques au verso	Des alternatives telles que le Ceftobiprole et la Tigécycline peuvent aussi être disponibles au besoin → considérer une consultation en infectiologie Si dépistage et cultures négatives pour le SARM, cesser la vancomycine ou le linézolide dès que possible
Pneumonie d'aspiration suspectée • ROH avec altération état conscience • Dysphagie • Doute d'aspiration • Pathologies neurologiques telles que épilepsie, polytrauma, etc.	<i>S. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i> <i>S. aureus</i> Entérobactéries Anaérobies buccales <i>Streptococcus spp.</i> <i>E. corrodens</i>	Ceftriaxone 2 g IV q 24h OU Céfuroxime [®] 1,5 g IV q 8h ET Métronidazole 500 mg PO BID-TID (si PO impossible: voie IV) OU Pipéracilline/Tazobactam [®] 3.375 g IV q 6h en monothérapie Relais PO suggérés : Amoxicilline-clavulanate [®] 875 mg PO BID en monothérapie OU Cefprozil [®] 500 mg PO BID ET Métronidazole 500 mg PO BID-TID	Minimum 7 jours Voir recommandations spécifiques au verso	Moxifloxacine 400 mg PO DIE en monothérapie (si PO impossible : voie IV) Le traitement peut être initié PO d'emblée si la condition clinique du patient est favorable

* Doses à ajuster selon la fonction rénale, faire appel au pharmacien si questionnements

*Investigations

- Considérer une investigation étiologique chez tout patient hospitalisé avec une pneumonie : hémocultures, cultures d'expectorations et antigène urinaire du pneumocoque et de la légionellose.
- Considérer une bronchoscopie précoce chez les patients immunosupprimés ou lors d'une pneumonie cavitaire.
- Considérer une ponction pleurale diagnostique et une consultation en spécialité lors d'un épanchement parapneumonique.
- Considérer un ECG de contrôle lors de l'utilisation des macrolides et des fluoroquinolones chez des patients à risque d'allongement de l'intervalle QT.

**Ajustement de la thérapie empirique initiale

- **Réduire le spectre** dès que les résultats de l'investigation étiologique sont disponibles.
- Si l'évolution clinique initiale est rapidement favorable, **réévaluer le spectre** en fonction de la sévérité.
- Passage vers la voie orale lorsque : **voie orale possible** (capacité à prendre la médication PO et tractus gastro-intestinal fonctionnel), **patient hémodynamiquement et cliniquement stable et amélioration clinique observée**.

***Durée du traitement minimale

Durée de traitement minimale peut être de 5 jours si au 5^{ème} jour, il y a tout au plus un seul critère présent ci-dessous (les autres facteurs doivent s'être normalisés ou être de retour à l'état de base) et que le patient est afebrile depuis au moins 48-72h. Certains germes/indications spécifiques nécessitent des traitements plus longs (voir tableau au recto et paragraphe ci-dessous).

- Température $\geq 37,8$ °C
- FC ≥ 100 /min
- RR ≥ 24 /min
- TAS ≤ 90 mm Hg
- Saturation $\leq 90\%$ ou paO₂ ≤ 60 mm Hg à l'air ambiant
- Prise orale de la médication impossible ou mal tolérée
- Instabilité de l'état cognitif

Durée de la thérapie plus longue si le traitement initial ne couvrait pas le pathogène en cause.

Durée plus longue si présence de complications : **bactériémie, empyème, abcès, méningite ou endocardite**. Référer en spécialité.

Durée également plus longue si :

- *Pseudomonas*, entérobactéries, *Staph. aureus* (2 à 3 semaines selon évolution clinique)
- *Legionella*, *Mycoplasma* (7 à 14 jours d'un agent anti-légionelle)

Il est également important de **considérer une consultation en spécialité si cas complexe ou évolution insatisfaisante**.

Congé de l'hôpital le jour du relais oral possible si évolution favorable.

****Allergie aux pénicillines ou aux céphalosporines

Le risque de réaction croisée entre les pénicillines et les céphalosporines avec chaîne latérale similaire est d'environ 10-15% (ex : cefprozil). Celui-ci diminue à 1-2,5% pour les céphalosporines de chaîne latérale différente (ex : céfuroxime, ceftazidime, ceftriaxone) et à 1-2% pour les carbapénèmes. Utiliser avec prudence et envisager une consultation en spécialité. Un algorithme de l'INESSS est disponible pour guider les cliniciens : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Medicaments/INESSS_Outil_aide_decision_Allergie_penicillines.pdf

Références

- A. Mandell LA et al. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults. Clin Infect Dis. 2007 Mar 1;44 Suppl 2:S27-72.
- B. Lim WS et al. British Thoracic Society guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults: update 2009. Thorax. 2009; 64 Suppl III: ii1-ii55.
- C. National Institute for Health and Care Excellence. Pneumonia in adults: diagnosis and management. [En ligne]. 2014 [cité le 27 avril 2019] :1-27. Disponible : [nice.org.uk/guidance/cg191](https://www.nice.org.uk/guidance/cg191)
- D. Tansarli GS et al. Efficacy of short-course antibiotic treatments for community-acquired pneumonia in adults: A systematic review and meta-analysis. Antimicrob Agents Chemother. 2018; 62(9): e00635-18.
- E. Athlin S et al. Management of community-acquired pneumonia in immunocompetent adults: updated Swedish guidelines 2017. Infect Dis (Lond). 2018; 50(4): 247-72.
- F. Mantero M et al. Antibiotic therapy, supportive treatment and management of immunomodulation-inflammation response in community acquired pneumonia: review of recommendations. Multidiscip Respir Med. 2017; 12(1)1-9.
- G. Institut national d'excellence en santé publique [En ligne]. Québec (Qc);2017. Pneumonie acquise en communauté chez l'adulte [cité le 27 avril 2019]. Disponible : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/CDM/UsageOptimal/Guides-seriel/Guide_Pneumo_Web.pdf
- H. Institut national d'excellence en santé publique [En ligne]. Québec (Qc);2017. Outil d'aide à la décision en cas d'allergie aux pénicillines [cité le 13 mars 2019]. Disponible : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Medicaments/INESSS_Outil_aide_decision_Allergie_penicillines.pdf
- I. Bugs and Drugs consulté sur l'application iPhone; 13 mars 2019.