

## Traitement antimicrobien de la pneumonie acquise en communauté chez l'adulte (PAC)

(Comité provincial de gérance des antimicrobiens des régions de la santé du Nouveau-Brunswick, mai 2018)

### Considérations:

- La prise d'antibiotiques dans les 3 derniers mois augmente significativement le risque de *S. pneumoniae* résistant. Choisir une classe d'antibiotique différente, indépendamment du succès clinique.
- Exclusions: immunosuppression, exacerbation aiguë de la MPOC, bronchite, macro-aspiration, syndrome de pneumonie chronique<sup>β</sup>, fibrose kystique, bronchiectasies ou SARM.

### Déterminer la gravité de la pneumonie et évaluer le risque de mortalité; calculer le score DS-CRB65 en attribuant un point pour la présence de chacun des critères suivants:

|              |   |                          |
|--------------|---|--------------------------|
| <b>D</b>     | Antécédents de l'une des maladies comorbides suivantes: insuffisance cardiaque, maladie rénale chronique, maladie hépatique chronique, maladie vasculaire cérébrale (ou autre maladie neurologique chronique) ou malignité active | <input type="checkbox"/> |
| <b>S</b>     | Saturation en oxygène (SpO <sub>2</sub> ) inférieure à 90 % à l'air ambiant   | <input type="checkbox"/> |
| <b>C</b>     | Nouveaux signes de confusion  | <input type="checkbox"/> |
| <b>R</b>     | Fréquence respiratoire supérieure ou égale à 30 respirations/minute.  | <input type="checkbox"/> |
| <b>B</b>     | Tension artérielle systolique inférieure à 90 mmHg OU tension artérielle diastolique inférieure ou égale à 60 mmHg.   | <input type="checkbox"/> |
| <b>65</b>    | Âge de 65 ans et plus   | <input type="checkbox"/> |
| <b>Total</b> |   |                          |

| Gravité | DS-CRB65               | Mortalité   | Lieu de traitement  | Traitement empirique <sup>α</sup> (débuter dans les plus brefs délais)   | Commentaires   |
|---------|------------------------|-------------|---|--|--|
| Faible  | 0-1                    | Moins de 1% | À domicile (sauf si hospitalisé pour d'autres raisons que la pneumonie) | <p>amoxicilline 1000 mg PO q8h*</p> <p><b>OU</b></p> <p>doxycycline 100 mg PO q12h</p> <p><u>Si risque d'infection par Bacilles Gram négatif ou par <i>S. aureus</i> (p. ex. post-influenza, alcoolisme, MPOC, foyer de soins):</u></p> <p>amoxicilline-clavulanate 875/125 mg PO q12h*</p> <p><b>OU</b></p> <p>céfuroxime axétil 500 mg PO q8h* (si véritable allergie immédiate à la pénicilline<sup>α</sup>)</p>  | <p><b>Analyses microbiologiques:</b><br/>Aucune (sauf si hospitalisation; voir ci-bas)</p> <p>-L'amoxicilline est la bêta-lactamine orale qui offre la meilleure couverture contre le pneumocoque.</p>   |
| Moyenne | 2-3                    | 3-9%        | À l'hôpital   | <p>ampicilline 2 g IV q6h* + [ doxycycline 100 mg PO q12h <b>OU</b> macrolide PO (voir commentaires) <b>OU</b> (azithromycine 500 mg IV q24h x 3 jours puis cesser)]</p> <p><u>Si véritable allergie immédiate à la pénicilline<sup>α</sup>, OU risque d'infection par Bacilles Gram négatif ou par <i>S. aureus</i> (p. ex. post-influenza, alcoolisme, MPOC, foyer de soins):</u></p> <p>céfuroxime 1.5 g IV q8h* + [doxycycline 100 mg PO q12h <b>OU</b> macrolide PO (voir commentaires) <b>OU</b> (azithromycine 500 mg IV q24h x 3 jours puis cesser)]</p> | <p><b>Analyses microbiologiques:</b><br/>- Hémocultures x 2 séries<br/>- Culture d'expectorations<br/>- Antigènes urinaires pour le pneumocoque et <i>Legionella</i><sup>†</sup></p> <p>(Selon la situation clinique, envisager une recherche pour des pathogènes atypiques et virus)</p> <p>-Macrolide PO : clarithromycine 500 mg PO q12h* OU azithromycine 500 mg PO jour 1, ensuite 250 mg PO q24h X 4 jours</p> <p>-Pour les cas où <i>Legionella</i> est fortement suspectée, envisager la lévoFLOxacine ou l'azithromycine.</p> <p>-Utiliser judicieusement la lévoFLOxacine ou la moxifloxacine (l'utilisation est liée au <i>C. difficile</i> et au SARM)</p> |
| Élevée  | supérieur ou égale à 4 | 15-29%      | À l'hôpital (envisager les soins intensifs)                             | <p>cefTRIAXone 2 g IV q24h + azithromycine 500 mg IV q24h</p> <p><b>OU</b></p> <p>[ lévoFLOxacine 750 mg IV/PO q24h* <b>ou</b> moxifloxacine 400 mg IV/PO q24h ]</p> <p><b>+/-</b> ampicilline 2 g IV q6h*</p> <p>(envisager l'ajout d'ampicilline à lévoFLOxacine ou moxifloxacine si aux soins intensifs)</p>  |  |

### Durée du traitement

- Traiter pendant un **minimum de 5 jours**, et jusqu'à ce que le patient réponde à tous les critères de stabilité clinique (voir page 2), **puis cesser les antibiotiques**
- La durée du traitement pourrait être prolongée dans certains cas (p. ex. infections extrapulmonaires, empyème, infections causées par *P. aeruginosa* ou *S. aureus*, etc...)

(Suite à la page suivante)

**Conversion de la voie IV à PO** (Pour plus de renseignements, veuillez consulter la politique de conversion de la voie IV à la voie PO et l'ensemble des critères)

- Il faut envisager les antibiotiques oraux lorsque les patients peuvent tolérer les médicaments par voie PO et répondent à tous les critères de stabilité clinique de la liste ci-dessous.

| Critères de stabilité clinique – pneumonie acquise en communauté   | Médicament administrer IV   | Médicament suggéré pour le relais PO  |
|--|---|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Patient afebrile (c.-à-d. température inférieure à 38° C) pendant au moins 48 heures</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Fréquence cardiaque inférieure ou égale à 100 battements/minute.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Fréquence respiratoire inférieure ou égale à 24 respirations/minute.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Tension artérielle systolique supérieure ou égale à 90 mmHg.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Saturation en oxygène (SpO<sub>2</sub>) supérieure ou égale à 90 % à l'air ambiant (ou taux d'oxygène revenu au taux de départ pour les patients sous oxygénothérapie à long terme).</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> État mental normal (par rapport à l'état initial).</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Capacité du patient à tolérer l'alimentation orale.</li> </ul> | ampicilline   |
| azithromycine  |   | azithromycine ou clarithromycine  |
| Céphalosporine (n'importe laquelle)  |   | amoxicilline + acide clavulanic (ou céfuroxime axétil si véritable allergie à la pénicilline) |
| lévoFLOxacine ou moxifloxacine +/- ampicilline   |   | lévoFLOxacine ou moxifloxacine seule +/- amoxicilline   |
| À noter: monothérapie orale vs traitement en association (contre atypiques):<br>jugement clinique, voir ci-bas |   |   |

**Conseils cliniques**

- Dans les trois premiers jours du traitement, près des deux tiers des patients répondront à tous les critères de stabilité clinique. La majorité des patients du tiers restant répondront à tous les critères par le 7<sup>e</sup> jour de traitement.
- Chez les patients à faible risque, considérer l'ajout de la doxycycline ou d'un macrolide à un régime de bêta-lactamine si tableau clinique suggérant pathogènes atypiques (les bêta-lactamines NE couvrent PAS les atypiques). Les caractéristiques cliniques qui orientent vers les bactéries « atypiques » (*Mycoplasma* ou *Chlamydothila*): apparition et présentation progressives, absence de choc septique, pneumonie non lobaire, éclosion familiale, toux persistante au-delà de cinq jours sans détérioration clinique aiguë, absence de production d'expectorations et nombre de globules blancs dans les limites normales ou légèrement élevé.
- Bien que *Legionella* soit défini comme étant un pathogène « atypique », la présentation est similaire aux pathogènes « typiques » (c.-à-d. présentation hyperaiguë et sévère).
- La posologie et la durée du traitement avec l'azithromycine dépend de la voie d'administration et de l'indication clinique: 1) En utilisant 500 mg IV une fois par jour chez les patients non-gravement malade, une durée de traitement de 3 jours est adéquate; 2) En utilisant la formulation PO, ou chez les patients gravement malade, une durée de traitement de 5 jours est adéquate; 3) Chez les patients avec infection par *Legionella*, une durée de traitement de 7-10 jours peut s'avérer nécessaire.
- Les patients à risque élevé de pneumonie (p. ex. âge de 65 ans et plus, résidents de foyers de soins, MPOC) devraient recevoir les vaccins antigrippaux et antipneumococciques si leur vaccination n'est pas à jour.
- Bien que le SARM est faiblement associé à la PAC au N.-B., envisager l'ajout empirique de vancomycine si pneumonie sévère (c.-à-d. score DS-CRB65 d'au moins 4) ET présence d'un facteur de risque pour le SARM: antécédents de colonisation ou infection avec le SARM, utilisation de drogues IV, itinérance, membres des communautés des Premières nations, incarcération et voyage récent à une région où le SARM est endémique.
- Des études récentes suggèrent que les corticostéroïdes pourraient être envisagés chez certains patients avec une réponse inflammatoire importante secondaire à une PAC sévère. Cependant, on devrait noter que des données préliminaires suggèrent que les patients avec pneumonie secondaire à l'influenza pourraient ne pas bénéficier, et que l'ajout de corticostéroïdes pourrait leur nuire.
- En raison de l'allongement potentiel de l'intervalle QTc, envisager un ECG avant le début du traitement chez certains patients traités par macrolides ou quinolones (p. ex. autres médicaments allongant l'intervalle QTc, anomalies électrolytiques, etc.).

\* Ajustement de la dose requis selon la fonction rénale

‡ Si l'antigène urinaire est positif pour la légionellose, il faut essayer d'obtenir des expectorations et aviser le laboratoire qu'une culture pour la légionellose est nécessaire. Cette procédure est importante pour les données épidémiologiques en cas d'éclosion.

∞ Utiliser le traitement approprié lorsque la cause microbienne de l'infection est connue.

▲ Les véritables allergies immédiates médiées par les IgE comprennent, sans toutefois s'y limiter : anaphylaxie, urticaire, angioedème, hypotension, bronchospasme, stridor et prurit.

β Syndrome de pneumonie chronique: symptômes de pneumonie durant au moins 3 semaines