

Traitement antimicrobien de la pneumonie d'aspiration chez l'adulte

(Comité de gérance des antimicrobiens des régions régionales de la santé du Nouveau-Brunswick, octobre 2020)

<p><u>Pneumonite chimique</u></p>	<p>⇒ Le traitement antibiotique prophylactique n'est PAS indiqué.</p> <p>⇒ La réponse inflammatoire est causée par l'inhalation du contenu gastrique chimique stérile.</p> <p>⇒ Conseils cliniques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un épisode de macro-aspiration est souvent observé et survient généralement chez les patients présentant une diminution de l'état de conscience. • Trouble caractérisé par une apparition soudaine de dyspnée importante marquée, de tachycardie, d'hypoxémie, de fièvre de bas grade et de crépitements ou de respiration sifflante diffuse. • Les symptômes peuvent aller de légers à graves, et se développer dans les 2 à 5 heures. • Les infiltrats pulmonaires sont visibles sur les radiographies. • Il est recommandé de fournir des soins de soutien, de l'oxygène humidifié et une physiothérapie thoracique. • Les corticostéroïdes ne se sont pas avérés bénéfiques. • Des mesures doivent être prises pour réduire les futurs épisodes d'aspiration (encourager les soins oraux de qualité, la surélévation de la tête de lit et la réduction du temps en position allongée, et réévaluer les médicaments associés à la dépression du SNC; envisager une évaluation de la déglutition). • Il faut réévaluer le patient dans les 24 à 48 heures – une antibiothérapie peut être envisagée en cas de signes et de symptômes persistant au-delà de 48 heures (p. ex. une fièvre, une toux, une leucocytose), d'une preuve radiographique des infiltrats ET de facteurs de risque (recevant un agent de suppression de l'acide gastrique ou une nutrition entérale, présentant une occlusion de l'intestin grêle ou une gastroparésie). • Une amélioration clinique rapide dans les 24 à 48 heures indique généralement l'absence de pneumonie – si le traitement antibiotique a été instauré, envisager son arrêt. 		
<p>Gravité de l'infection</p>	<p>Traitement empirique</p>	<p>Durée du traitement</p>	<p>Commentaires</p>
<p><u>Légère à modérée</u></p> <p><u>Ajouter une couverture anaérobiques au céfuroxime, à la cefTRIAxone ou à la lévoFLOxacine dans les cas suivants :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mauvaise hygiène buccale • Maladie parodontale grave • Expectorations fétides • Suspicion de pneumonie nécrosante, d'empyème ou d'abcès pulmonaire▲ 	<p><u>Voie orale :</u> Amoxicilline+clavulanate 875+125 mg PO q12* OU céfuroxime 500 mg PO q8h* <u>Autre choix :</u> clindamycine 450 mg PO q6-8h</p> <p><u>Voie IV :</u> céfuroxime 1,5 g IV q8h* OU cefTRIAxone 2 g IV q24 <u>Alternative :</u> lévoFLOxacine 750 mg IV q24h* OU clindamycine 600-900 mg IV q8h</p> <p><u>Si suspicion d'anaérobies, ajouter :</u> métronIDAZOLE 500 mg IV/PO q12h (pour traitement d'appoint avec céfuroxime, cefTRIAxone ou lévoFLOxacine)†</p> <p><u>Si suspicion de SARM, ajouter :</u>‡ vancomycine 25 à 30 mg/kg IV x 1 dose, puis 15 mg/kg IV q8-12h (ajuster la dose pour atteindre une concentration minimale de 10 - 15 mg/L)*,∞</p>	<p>de 5 à 7 jours (si réponse clinique adéquate)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pour un traitement initial par voie IV, convertir à la voie PO s'il y a une amélioration clinique, stabilité hémodynamique, capacité à prendre des médicaments PO et de fonctionnement normal du tractus intestinal. ▲ En présence de preuves ou de suspicion clinique de pneumonie nécrosante, d'empyème ou d'abcès pulmonaire : <ul style="list-style-type: none"> • Recommander une consultation vers le service des maladies infectieuses, de pneumologie OU de chirurgie thoracique. • Assurer le contrôle de la source infectieuse, le cas échéant.

<p>Maladie grave (Instable ou nécessitant un niveau de soins plus élevé)</p>	<p><u>Traitement</u> : pipéracilline+tazobactam 4,5 g IV q6h*</p> <p><u>Si véritable allergie immédiate à la pénicilline</u> : ‡ méropénème 500 mg IV q6h*</p> <p><u>Si suspicion de SARM, ajouter</u> : £ vancomycine 25 à 30 mg/kg IV x 1 dose, puis 15 mg/kg IV q8-12h (ajuster la dose pour atteindre une concentration minimale de 10 - 15 mg/L)*, ∞</p>	<p>de 5 à 7 jours (si réponse clinique adéquate)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Traiter avec les antibiotiques IV pendant 3 à 6 semaines selon la réponse clinique et la résolution radiographique.
---	---	--	---

Facteurs de risque majeurs pour la pneumonie d'aspiration

- Dysphagie
- Maladies neurologiques dégénératives (p. ex. démence, post-AVC, maladie de Parkinson, sclérose en plaques)
- Anomalie anatomique ou perturbation mécanique de la voie gastro-intestinale supérieure (p. ex. nutrition entérale, tube nasogastrique, intubation endotrachéale)
- Troubles de l'œsophage (p.ex. sténoses, vomissement + occlusion de l'intestin grêle, achalasie)
- Altération de l'état de conscience (p. ex. abus aigu d'alcool ou de substance, convulsions, sédatifs, etc.)
- Arrêt cardiaque

Conseils cliniques

- Un diagnostic clinique est généralement effectué en présence de facteurs de risque prédisposant à l'aspiration, de preuve radiographique compatible survenant les zones pulmonaires déclives et d'un tableau clinique suggérant une infection (p. ex. fièvre, toux, etc.).
- Le lobe inférieur droit est le plus souvent atteint chez les patients ambulatoires. Le lobe supérieur postérieur et la partie supérieure du lobe inférieur sont les plus souvent atteints chez les patients alités.
- Le rôle des anaérobies reste controversé, et a pris une importance démesurée par le passé.
- Les pathogènes courants (selon le scénario clinique) sont notamment : *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *S. aureus*, *Enterobactéries*, *Pseudomonas aeruginosa* (nosocomial), anaérobies de la bouche et *Streptococcus spp.*
- La plupart des anaérobies seront couverts adéquatement par amoxicilline+clavulanate, pipéracilline+tazobactam et méropénème.
- Une couverture des bactéries atypique n'est pas requise en cas de pneumonie d'aspiration.
- Des échantillons systématique d'expectorations ne sont pas recommandés en raison d'une contamination inévitable par la flore oro-pharyngée normale.
- Ne pas traiter le *Candida spp* si détectée dans l'expectoration à moins d'une suspicion de candidose systémique (p. ex. patients neutropéniques, transplantés, etc.).
- Pour les patients immunosupprimés, recommander une consultation vers le service de maladies infectieuses.

*Ajustement de la dose requis selon la fonction rénale

‡ Le métronidazole n'est **PAS** une option appropriée pour une monothérapie, utiliser en association pour une couverture supplémentaire contre les anaérobies.

£ Facteurs de risque d'infection à SARM : antécédents d'infection ou de colonisation à SARM, contact domiciliaire avec un individu colonisé par le SARM, usage de drogues IV, itinérance, personnes incarcérées, déplacement (ou résidence) vers une région ou une collectivité endémique pour le SARM.

∞ Arrêter la vancomycine si le SARM n'est pas détecté dans les écouvillons ou les cultures de dépistage.

‡ Les allergies immédiates sont médiées par les IgE et incluent, sans s'y limiter, anaphylaxie, urticaire, angioœdème, hypotension, bronchospasme, stridor ou éruption prurigineuse immédiates. Veuillez-vous référer aux lignes directrices du CGA-NB sur la prise en charge des allergies aux bêta-lactamines pour déterminer quelles bêta-lactamines partagent des chaînes latérales semblables.

References:

1. DiBardino DM, Wunderink RG. Aspiration pneumonia: A review of modern trends. *J Crit Care.* 2015 Feb;30(1):40-8.
2. Marik PE. Aspiration pneumonitis and aspiration pneumonia. *N Engl J Med.* 2001 Mar 1;344(9):665-71.
3. Japanese Respiratory Society. Aspiration Pneumonia. *Respirology.* 2009 Nov;14 Suppl 2:S59-64.
4. Komiya K, Ishii H, Kadota J. Healthcare-associated Pneumonia and Aspiration Pneumonia. *Aging Dis.* 2014 Feb 8;6(1):27-37.
5. Blondel-Hill E, Fryters S. Bugs & Drugs App. Edmonton: Capital Health (Accessed August 8, 2019)
6. Bartlett JG. Aspiration Pneumonia in Adults. In: UpToDate, Sexton DJ (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on August 8, 2019.)
7. Vlad Dragan, Yanliang Wei, Marion Elligsen, Alex Kiss, Sandra A N Walker, Jerome A Leis, Prophylactic Antimicrobial Therapy for Acute Aspiration Pneumonitis, *Clinical Infectious Diseases*, Volume 67, Issue 4, 15 August 2018, Pages 513–518, <https://doi.org/10.1093/cid/ciy120>
8. Spectrum Mobile Health App. Eastern Health St. Johns; Island Health Vancouver; AHS Calgary Zone; Fraser Health BC; Providence Health Care Vancouver; Saskatchewan Health Authority. (Accessed August 8, 2019)
9. Mandell LA, Niederman MS. Aspiration Pneumonia. *New England Journal of Medicine.* 2019;380(7):651-663.