

Traitement antimicrobien de la pneumonie acquise en milieu hospitalier (pneumonie nosocomiale)

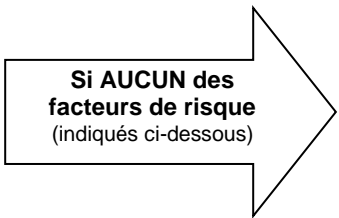
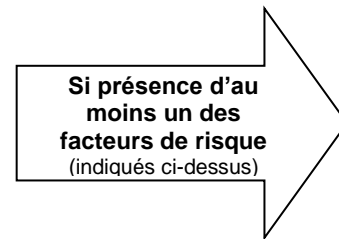
(Comité provincial de gérance des antimicrobiens des régions de la santé du Nouveau-Brunswick, septembre 2019)

Définition: Pneumonie qui apparaît 48 heures ou plus après l'admission à l'hôpital.

À noter: les pneumonies acquises sous ventilateur sont exclues; veuillez-vous référer aux Lignes directrices de la pneumonie acquise sous ventilateur.

Pathogènes probables: *S. aureus* (SASM ou SARM), bacilles Gram négatif (p. ex. *E. coli*, *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa*) ou *S. pneumoniae*.

Analyses microbiologiques: Hémocultures x 2 séries (toujours) + culture d'expectorations +/- antigène urinaire *S pneumoniae*

Stratification du risque	Condition du patient	Traitements empiriques ^{oo}	Commentaires
 <p>Si AUCUN des facteurs de risque (indiqués ci-dessous)</p>	STABLE	<p><u>Première ligne</u> cefTRIAxone 2 g IV q24h</p> <p><u>Si véritable allergie immédiate</u> à une bêta-lactamine avec risque de réaction croisée avec cefTRIAxone[▲] <u>OU Si réaction retardée grave[‡]</u> à une bêta-lactamine lévoFLOxacine 750 mg IV/PO q24h* <u>OU</u> moxifloxacine 400 mg IV/PO q24h</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Considérer l'ajout empirique de la vancomycine (creux cible: 10 à 15 mg/L) chez les patients ayant un facteur de risque pour le SARM: <ul style="list-style-type: none"> ○ antécédents d'infections ou de colonisation avec le SARM ○ contact familial avec un individu colonisé par le SARM ○ usage de drogues IV ○ itinérance ○ incarcération ○ voyage récent ou résident dans une région ou communauté endémique au SARM • Si antécédents d'infections ou colonisation avec bacilles Gram négatif produisant des bêta-lactamases de type AmpC ou BLSE («ESBL»), favoriser l'utilisation empirique du méropénème (peut envisager une fluoroquinolone si stable, la culture confirme la sensibilité, et si aucun facteur de risque). • NE PAS utiliser cefTRIAxone ou moxifloxacine si une infection par <i>Pseudomonas</i> est confirmée ou suspectée. • Si le patient a reçu un antibiotique au cours des 3 derniers mois, favoriser une classe d'antibiotique différente, indépendamment du succès clinique. • Le deuxième agent antipseudomonal devrait provenir d'une classe différente. Il peut inclure: <ul style="list-style-type: none"> ○ tobramycine 7 mg/kg IV q24h* OU ○ ciprofloxacine 400 mg IV q8h* • Adapter l'antibiothérapie selon les résultats des analyses microbiologiques
	<p>Facteurs de risque pour pathogènes multirésistants ou détérioration clinique</p> <p><input type="checkbox"/> Utilisation d'antibiotiques IV dans les derniers 90 jours</p> <p><input type="checkbox"/> Immunosuppression</p> <p><input type="checkbox"/> Maladie pulmonaire chronique (p. ex. bronchiectasies, fibrose kystique)</p> <p><input type="checkbox"/> Aux soins intensifs lors de l'apparition des symptômes, ou transféré des soins intensifs dans les derniers 48 heures</p>	INSTABLE (ou nécessitant un niveau de soins plus élevé)	
 <p>Si présence d'au moins un des facteurs de risque (indiqués ci-dessus)</p>	STABLE	<p><u>Première ligne</u> pipéracilline-tazobactam 4,5 g IV q6h*</p> <p><u>Si véritable allergie immédiate[▲]</u> à la pénicilline méropénème 500 mg IV q6h*</p> <p><u>Si réaction retardée grave[‡]</u> à une bêta-lactamine lévoFLOxacine 750 mg IV/PO q24h* + tobramycine 7 mg/kg IV q24h*</p>	
	INSTABLE (ou nécessitant un niveau de soins plus élevé)	<p><u>Première ligne</u> pipéracilline+tazobactam 4,5 g IV q6h* + 2^e agent antipseudomonal (+/- vancomycine 25 à 30 mg/kg IV x1 dose, ensuite 15 mg/kg IV q8-12h*; voir commentaires)</p> <p><u>Si véritable allergie immédiate[▲]</u> à la pénicilline méropénème 500 mg IV q6h* + 2^e agent antipseudomonal (+/- vancomycine 25 à 30 mg/kg IV x1 dose, ensuite 15 mg/kg IV q8-12h*; voir commentaires)</p> <p><u>Si réaction retardée grave[‡]</u> à une bêta-lactamine lévoFLOxacine 750 mg IV q24h* + tobramycine 7 mg/kg IV q24h* + vancomycine 25 à 30 mg/kg IV x 1 dose, ensuite 15 mg/kg IV q8-12h*</p>	

Durée de traitement

• **Favorisez un traitement pour pas plus de 7 jours si bonne réponse clinique, indépendamment de l'étiologie bactérienne.**

• Le traitement pourrait être prolongée pour plus de 7 jours dans certains cas (p. ex. empyème, infections extra-pulmonaires, bactériémie à *S. aureus*, immunosuppression, etc.)

Conseils cliniques

- Comparativement aux durées de traitement standards de 10 jours et plus, des études récentes démontrent que les traitements de 7 jours étaient associés avec une réduction des récurrences causées par les pathogènes multirésistants SANS nuire au taux de mortalité.
- Pour éviter l'utilisation prolongée des antibiotiques à large spectre, il est essentiel de réduire le spectre antimicrobien («*de-escalation*») selon les résultats des analyses microbiologiques.
- Chez les patients avec pneumonie nosocomiale nécessitant une intubation, une culture de sécrétions endotrachéales est recommandée.
- La couverture empirique des organismes atypiques (p. ex. *Legionella*, *Mycoplasma*) n'est généralement pas recommandée. Considérez une couverture des atypiques si écloison nosocomiale de *Mycoplasma* ou *Legionella*.
- La double couverture empirique du *Pseudomonas aeruginosa* vise de maximiser la probabilité d'avoir au moins un agent actif (en raison du risque élevé de résistance). Si le *Pseudomonas* est isolé, viser la monothérapie (selon les sensibilités). *** L'utilisation des aminosides (p. ex. tobramycine et gentamicine) en monothérapie pour le traitement de la pneumonie est déconseillée (même si la susceptibilité est confirmée).
- NE PAS utiliser la DAPTOmycine pour traiter une pneumonie; la DAPTOmycine est inactivée par le surfactant pulmonaire. Si infection à SARM, favoriser la vancomycine (ou le linézolide si la vancomycine est inefficace ou inappropriée).
- Le dosage en série de la procalcitonine (si disponible), en combinaison avec l'évaluation clinique, peut aider dans la décision de discontinuer les antibiotiques.

* Ajustement de la dose requis selon la fonction rénale.

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

▲ 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.

‡ Les réactions graves d'hypersensibilité retardée aux bêta-lactamines sont causées par des mécanismes qui ne sont pas bien connus et nécessitent d'éviter l'utilisation ultérieure des bêta-lactamines. Les réactions graves d'hypersensibilité retardée peuvent inclure: néphrite interstitielle, hépatite auto-immune, anémie hémolytique, maladie sérique, réactions cutanées graves comme le syndrome de Stevens-Johnson, la nécrolyse épidermique toxique, le syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse [syndrome DRESS].

Références:

1. Kalil AC et al. Management of Adults with Hospital-acquired and Ventilator-associated Pneumonia: 2016 Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the American Thoracic Society. *Clinical Infectious Diseases*. 2016; 63: 1-51
2. Pugh R, Grant C, Cooke RP, Dempsey G. Short-course versus prolonged-course antibiotic therapy for hospital-acquired pneumonia in critically ill adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 8:Cd007577
3. Blondel-Hill E. & Fryters S. (2012). *Bugs & Drugs. An Antimicrobial/Infectious Diseases Reference*. Alberta Health Services.
4. MSH+UHN Antimicrobial Stewardship Program. Hospital Acquired Pneumonia (lignes directrices). Accédé en ligne 12-2016.
5. Prise en charge de l'allergie aux pénicillines et bêta-lactamines (lignes directrices). CGA-NB. 09-2017
6. Outil de dosage antimicrobien pour adultes. CGA-NB. 09-2017