

Les pneumopathies aiguës communautaires sévères

Devant toute pneumopathie aiguë communautaire (PAC), le clinicien doit évaluer la sévérité clinique et les facteurs de risque de mortalité à court terme qui vont conditionner la démarche diagnostique et la prise en charge thérapeutique.

Tableau 1 : Critères de PAC sévère selon l'ATS/ IDSA 2007

Critères majeurs	Nécessité de ventilation mécanique invasive
	Présence d'un état septique grave
Critères mineurs	Fréquence respiratoire ≥ 30 /mn
	Rapport $\text{PaO}_2 / \text{FiO}_2 \leq 250$
	Opacités multilobaires (>2 lobes)
	Confusion et/ou désorientation
	Urée ≥ 7 mmol/l
	Leucopénie $< 4,10^9$ cellules/l
	Thrombopénie $< 100,10^9$ cellules/l
	Hypothermie $< 36^\circ\text{C}$
	Hypotension : PAS < 90 mmHg nécessitant un remplissage vasculaire

La PAC sévère est définie par un critère majeur ou trois critères mineurs ou plus. Elle requiert une hospitalisation préférentiellement en unité de soins intensifs.

PAC= pneumopathie aiguë communautaire, PAS= pression artérielle systolique, IDSA= infectiousdisease society of America

Tableau 2 : Explorations proposées en cas de pneumonie aiguë communautaire sévère.

Patient intubé d'emblée	Patient non intubé (sous oxygénothérapie)
<p>Prélèvements bronchiques protégés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lavage bronchiolo-alvéolaire (LBA) ou prélèvement distal protégé (PDP) $> 10^4$ UFC - Aspiration trachéale ($> 10^5$ UFC) 	<p>1- Hypoxémie bien tolérée ($\text{SpO}_2 \geq 92\%$ et sans critères de gravité cliniques (tableau 1)) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Examen cytbactériologique des crachats (ECBC) des crachats ($\geq 10^7$ UFC) ou prélèvement endo-bronchique (LBA/ PDP) ($\geq 10^4$ UFC) <p>2- Hypoxémie mal tolérée (MHC, OHD, VNI) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Examen cytbactériologique des crachats (ECBC)

LBA= lavage bronchiolo-alvéolaire, PDP= prélèvement distal protégé, MHC= masque haute concentration, OHD= oxygénothérapie à haut débit, VNI= ventilation non invasive

IL est recommandé de compléter par :

- Des hémocultures
- Antigènes urinaires (*Legionella pneumophila* séro groupe 1 et *streptococcus pneumoniae*)
- Sérologies (Chlamydia, Mycoplasma, Legionella pneumophila),
- PCR multiplex si disponibilité
- Ponction pleurale si épanchement à l'échographie pulmonaire

Les pneumopathies aiguës communautaires sévères

Tableau 3 : L'antibiothérapie empirique dans les PAC sévères

Indications	Agent causal présumé	ATB empirique	Alternative/allergie
PAC sévère : sujet jeune, sujet âgé, avec comorbidités	<i>Pneumocoque, Staphylocoque aureus Méthi-S, Haemophilus influenzae, Moraxellacatarrhalis</i>	Amoxicilline-A Clavulanique (3-6 g/j en IVL) * + Macrolides : Erythromycine 1g*3/j en IVL ou Clarithromycine 500mg*2/j VO	Cefotaxime (3-6 g/j) en IVL) ou ceftriaxone (1-2g/j en IVL/IM) ou Pristinamycine (1g*3/j en IVL) + Fluoroquinolones [†] (Lévofoxacine 500 mg*2/j en IVL) (allergie aux β lactamines) ou Doxycycline (100mg*2/j en IVL) + Amoxicilline-A clavulanique/ céphalosporines 3G
PAC sévère avec forte suspicion de légionellose*		Amoxicilline-A Clavulanique (3-6 g/j en IVL) et Macrolides : Erythromycine 1g*3/j en IVL ou Clarithromycine (500mg*2/j VO) + Lévofoxacine (500 mg*2/j en IVL)	Rifampicine (20-30 mg/kg/j en IVL en 2 prises)
PAC avec facteurs de risques pseudomonas aeruginosa**	<i>pseudomonasaeruginosa</i>	Pipéracilline/Tazobactam (4g*4/j IVL) Ou Ceftazidime (2 g en bolus puis 2g*3/j en IVSE) Ou Imipeneme (2-3 g/j) / Méropénème (3-6 g/j en IVL ou IVSE après documentation)	
PAC avec facteurs de risques de BMR***	BMR	Vancomycine (30 mg/kg/j en continu) ou Linézolide (600 mg*2 en IVL) si ATCD de colonisation à SARM + Imipeneme (2-3 g/j) / Méropénème (3-6 g/j en IVL ou IVSE après documentation)	Pipéracilline/Tazobactam (dose de charge 4g puis 4g*4/j IVSE) ou Ceftazidime-Avibactam (2g*3 en IVL après documentation)
PAC sévères avec sur ou co-infection virale	Virus de la grippe	Oseltamivir 150*2/j (VO)	

*Facteurs de risque de légionellose : contexte épidémique, notion de voyage, exposition à l'eau en aérosol, séjour hôtelier, présence de signes extra-respiratoires (neurologiques, digestifs, hépatiques), échec d'un traitement initial par β lactamines à visée antipneumococcique correctement prescrit.

**Facteurs de risques pseudomonas : DDB, antibiothérapie moins de 3 mois, mucoviscidose, colonisation respiratoire pyo<1 an, trachéotomie, BPCO sévère

*** Facteurs de risque d'acquisition de bactéries multirésistants : antibiothérapie ou hospitalisation ≥ 48 h dans les 90 j précédents, soins injectables à domicile, insuffisant rénale chronique dialysé, patient porteur d'escarre, membre de la famille connu porteur de BMR, immunodépression

[†] La prescription des fluoroquinolones est à éviter chez les patients ayant reçu cette famille d'antibiotiques dans les 3 mois précédents.

Abréviations : PAC pneumopathie aigue communautaire / BMR : bactéries multirésistants/ATB : antibiothérapie
BGN

Les pneumopathies aiguës communautaires sévères

Tableau 4 : Gestion secondaire de l'antibiothérapie

- Une désescalade thérapeutique est recommandée après récupération des données microbiologiques.
- Si l'enquête microbiologiques est négative, la poursuite et la durée de l'antibiothérapie dépendraient du jugement du clinicien.
- La durée totale du traitement doit être guidée par des critères cliniques (FR, T°, FC, PA, SpO2) avec une durée minimale de 5 [5-7] jours.
- En cas de légionellose confirmée, une durée totale de 14j est recommandée. La prolongation à 21 j est indiquée en cas de forme grave ou compliquée (exemple : atteinte neurologique)
- Il est recommandé de compléter par un scanner thoracique en cas d'immunodépression, suspicion de complication ou de diagnostic associé (tuberculose...)

Bibliographie:

- 1- Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires basses. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, octobre 2005.
- 2- Prise en charge des infections des voies respiratoires basses de l'adulte immunocompétent. XVe Conférence de consensus en thérapeutique anti-infectieuse. Médecine et maladies infectieuses 36 (2006) 235–244.
- 3- Diagnosis and treatment of adults with community-acquired pneumonia, IDSA 2019
- 4- Pneumonia (community-acquired): antimicrobial prescribing; NICE 2019
- 5- ERS/ESICM/ESCMID/ALAT guidelines for the management of severe community-acquired pneumonia. Intensive Care Med (2023)49:615-32.