

# Antibiothérapie des Infections Respiratoires Basses

S. NAFTI

Clinique des Maladies Respiratoires « Ibn Zohr »

CHU Mustapha

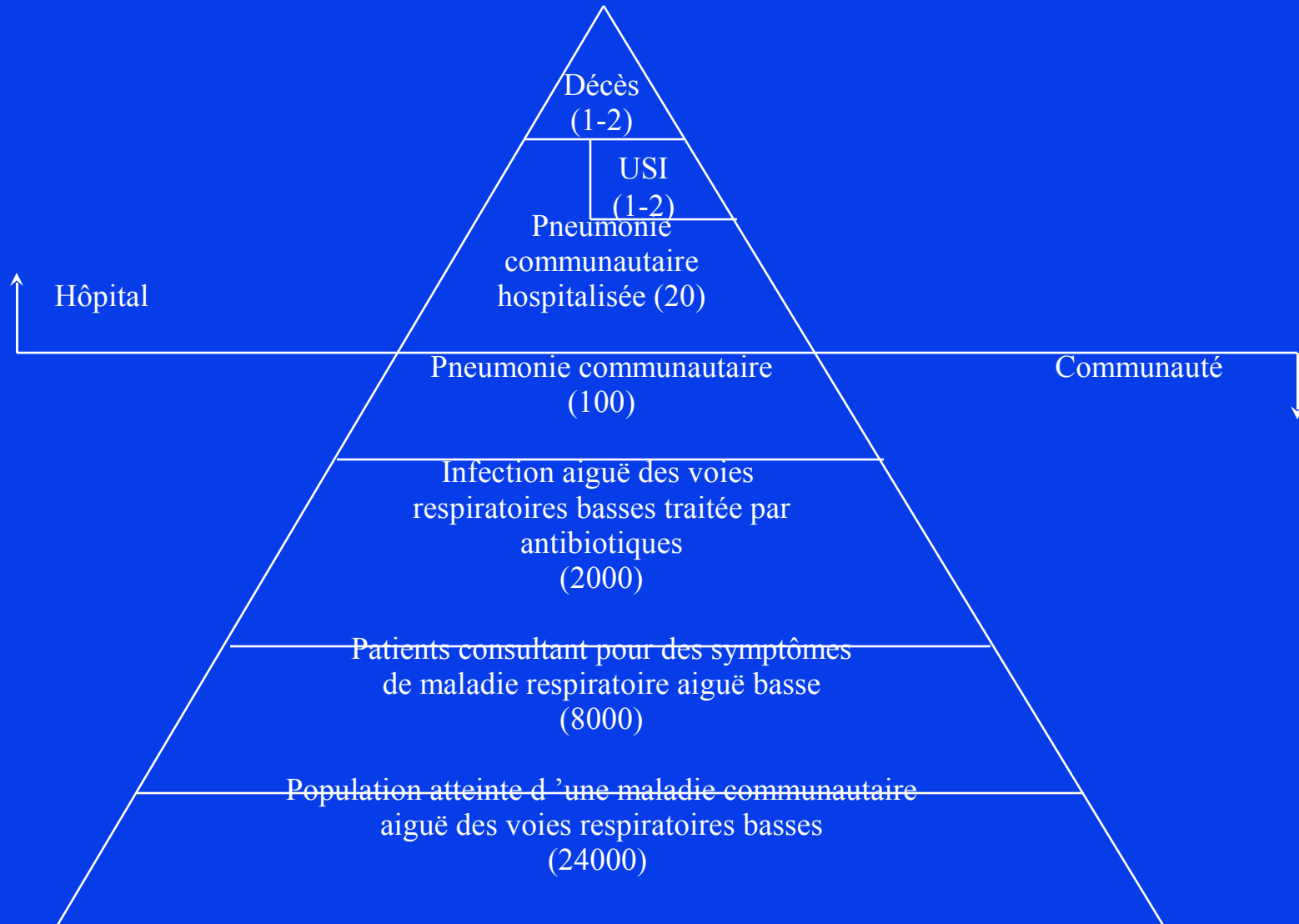
# Infections respiratoires basses

## *Epidémiologie*

### ➤ En Algérie

- **Enfants** : (1 à 14 ans)
    - - 43% des motifs de cause de morbidité extrahospitalière
    - - 19% de morbidité hospitalière
  - **Adultes** :
    - - 20 à 36% de motifs de consultation dont 5 à 10% sont hospitalisé
- En 2010 pour 35 millions d'habitants :**
- 8,5 millions d'Infections respiratoires
  - 350.000 infections respiratoires basses

# L'ICEBERG DES INFECTIONS RESPIRATOIRES BASSES



# INFECTIONS RESPIRATOIRES BASSES - FACTEURS DE RISQUE

INFECTION

Capacité d'épuration microbienne dépassée

Virulence microbienne

Volume inoculum

Hôte

Age

Institutionnalisation

Tabagisme

Alcoolisme

Dénutrition

Maladies chroniques

Facteurs environnementaux

Immunodépression

non VIH

VIH+

Granulopénie

Déficit  $\beta$ -lymphocytes

Déficit T-lymphocytes

Déficit complément

Splénectomie (asplénie)

# INFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES

## ATTITUDES THERAPEUTIQUES

*Bases pour un traitement empirique*

### LE MALADE

- Données épidémiologiques
- Données séméiologiques

### LE GERME (présumé)

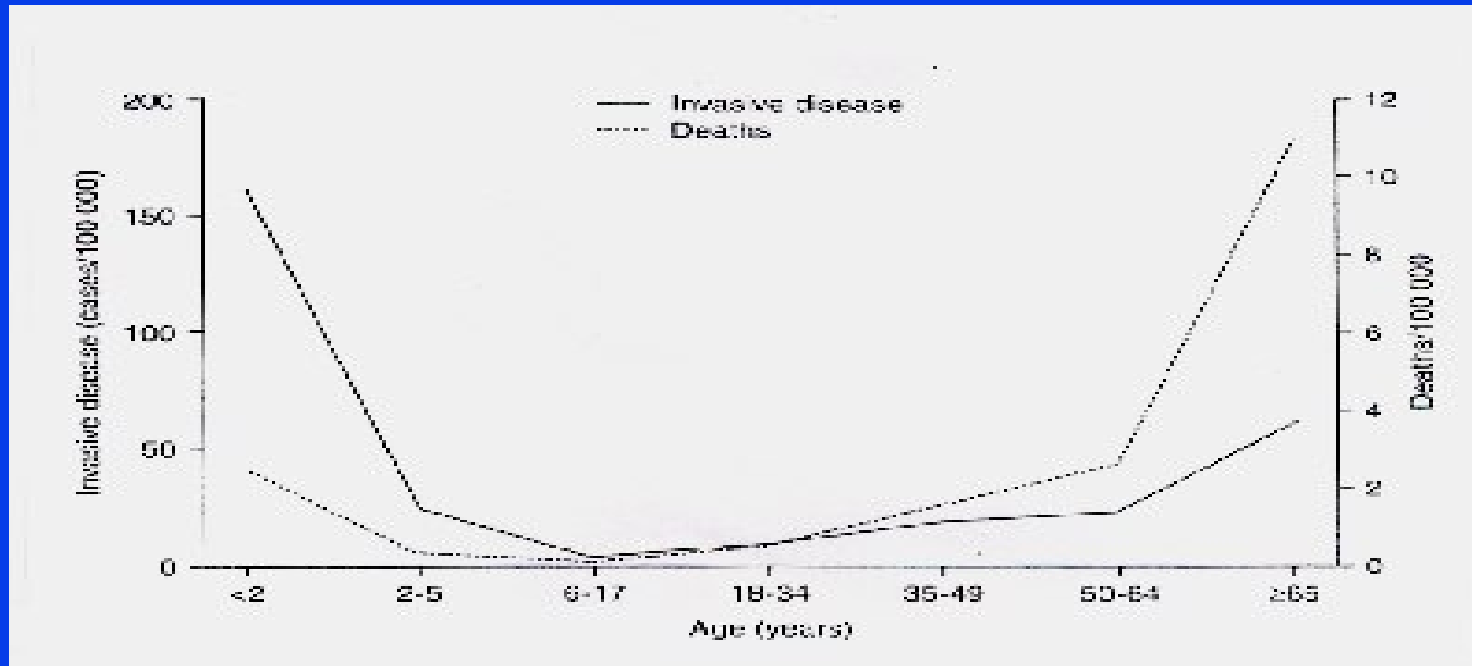
- Résistance naturelle
- Résistance acquise

### L'ANTIBIOTIQUE

- Spectre
- Biodisponibilité broncho-pulmonaire
- Efficacité clinique
- Risque toxique et immuno-allergique
- Retentissement écologique
- Coût

# PNEUMONIE A PNEUMOCOQUE

## *Fréquence et gravité*



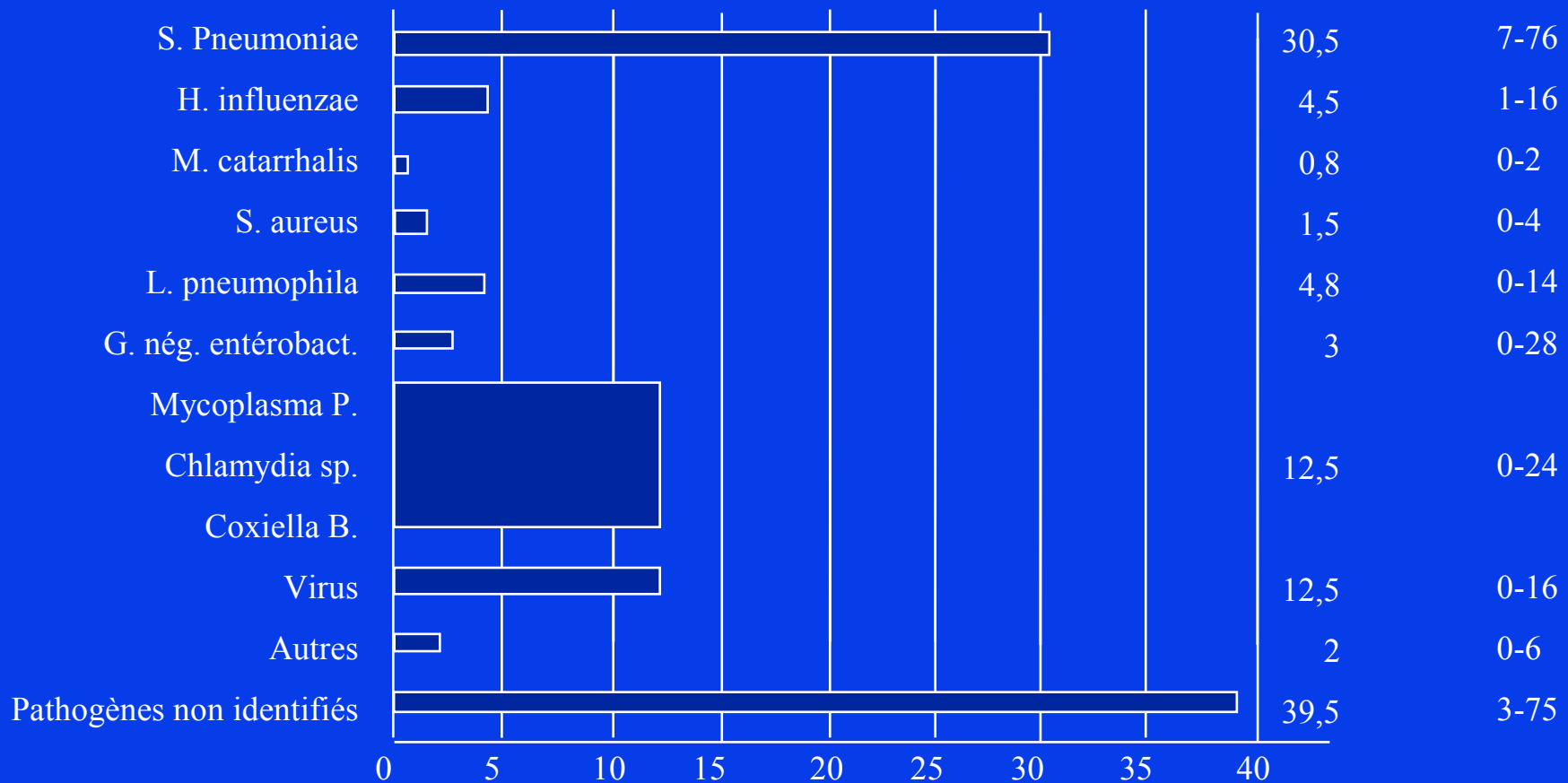
Pneumonies « invasives » (incidence + décès associés)

*JC BUTLER, A. SCHUCHAT - CDC 1997*

# EPIDEMIOLOGIE

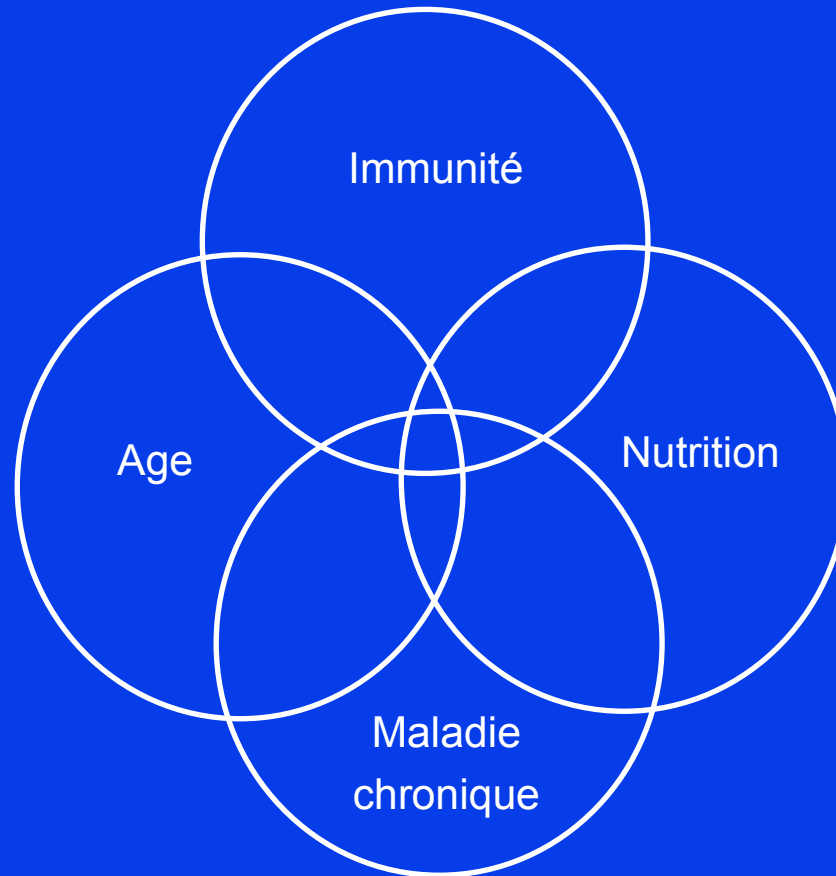
## Pneumonies communautaires hospitalisées D'après 21 études (4982 patients) - Moyenne des %

### Micro-organismes



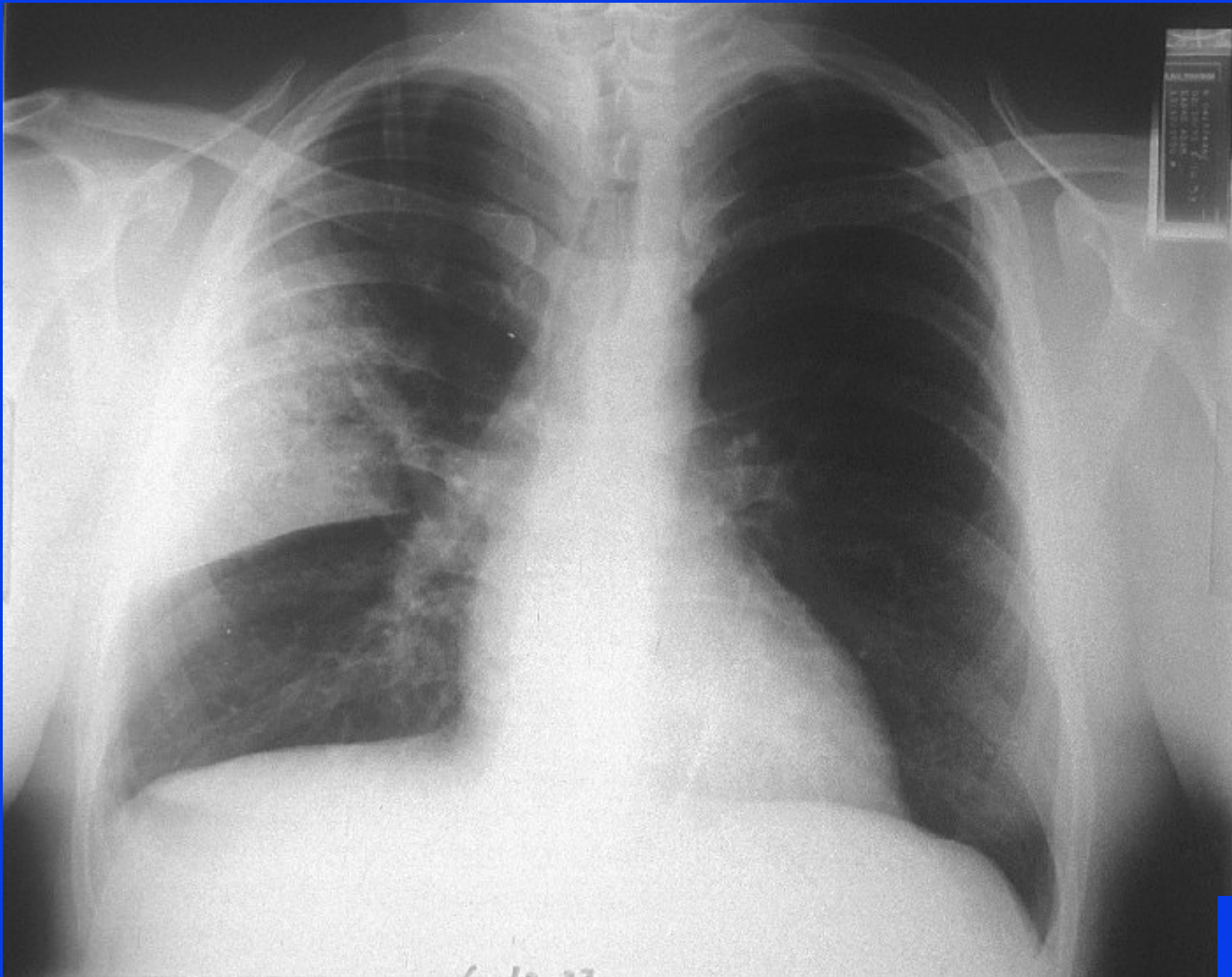
# PNEUMONIES

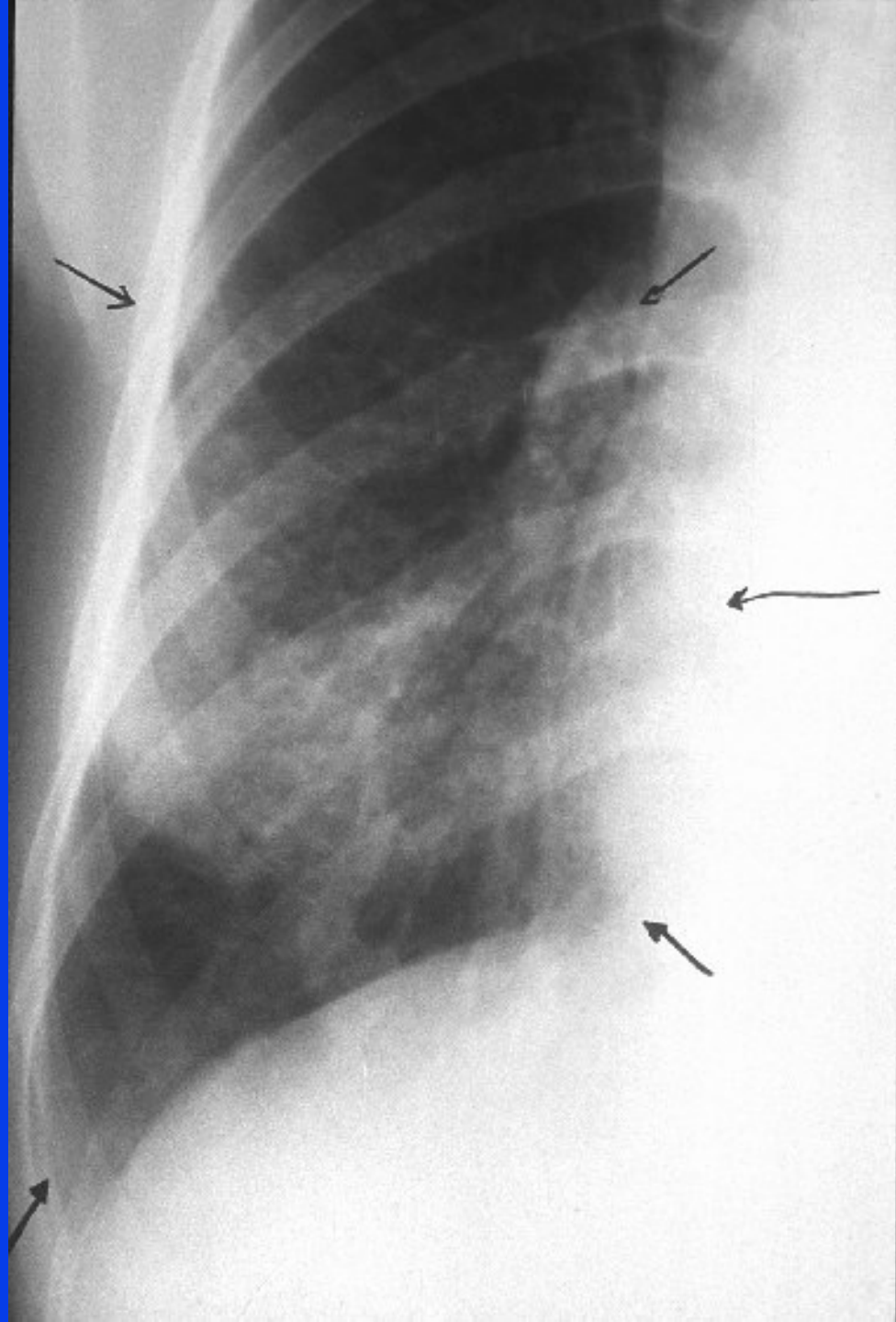
## AGE ET FACTEURS DE RISQUE

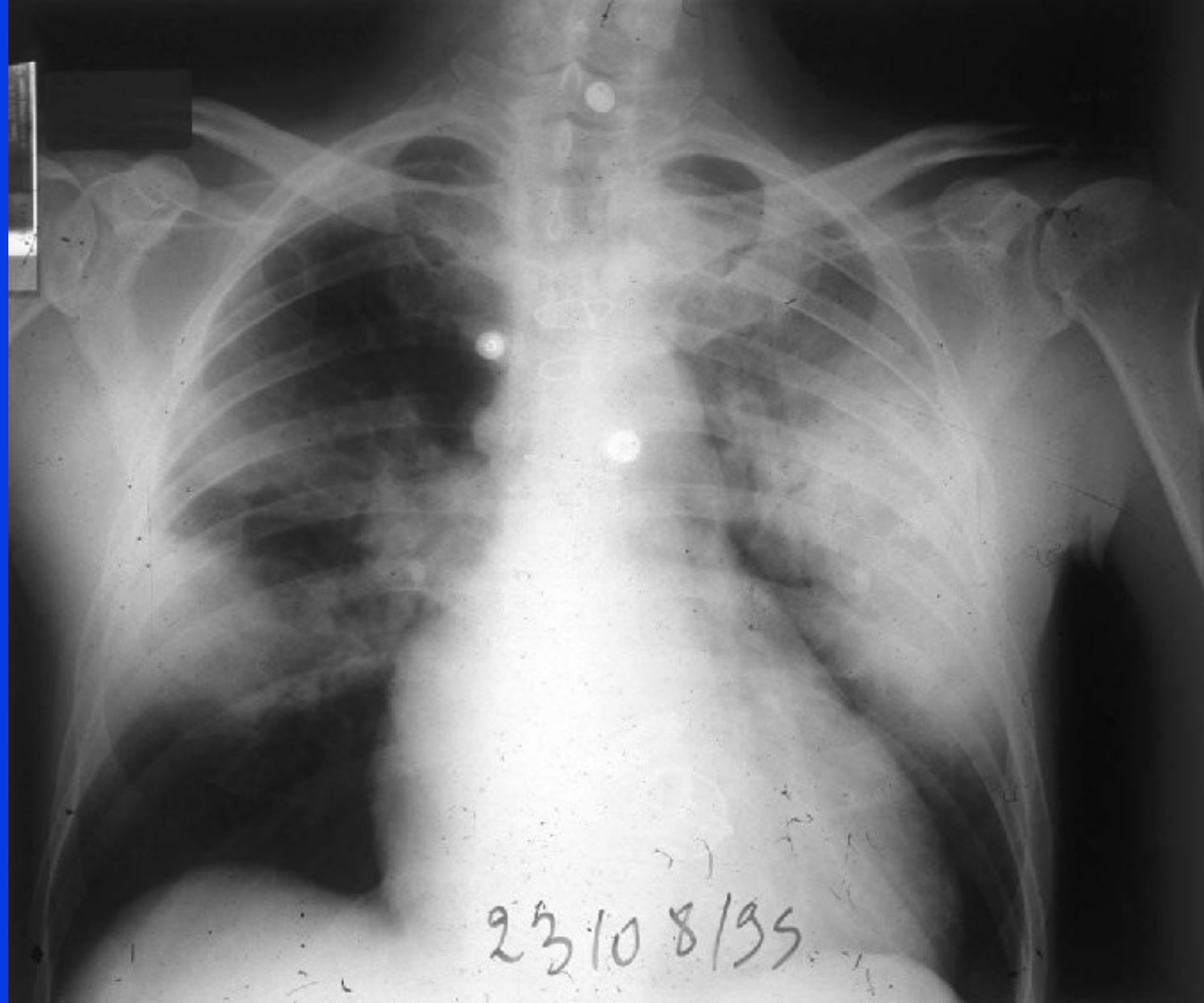


*D'après GRANTON JF - GROSSMAN RF*



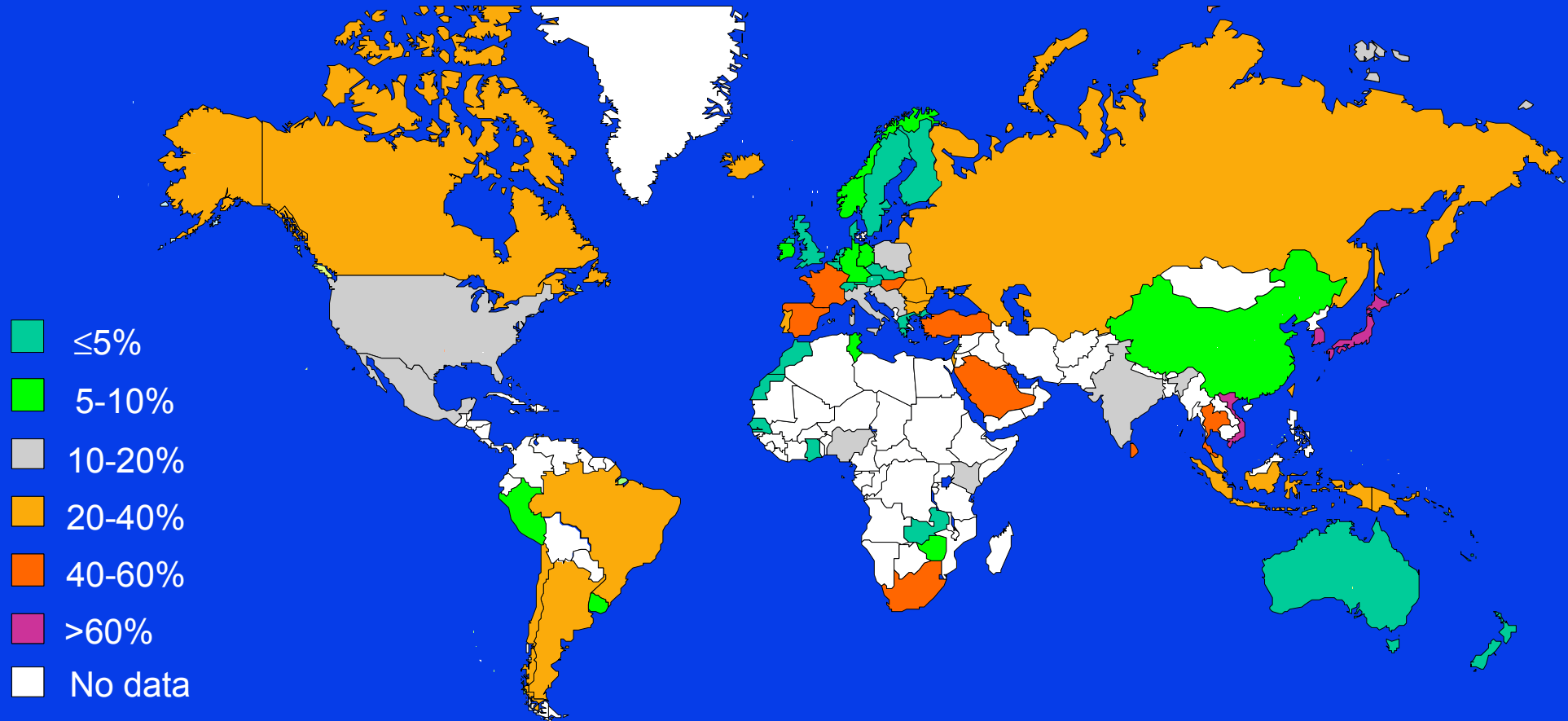






23 10 8/95

# Pneumocoques de sensibilité diminuée à la pénicilline dans le monde



CMI > 0.064 mg / L

1995–2000

# ANTIBIOTHERAPIE DES PAC

## *Règles générales*

- Traiter prioritairement *S. pneumoniae* en présence d'un syndrome en foyer
- Combler les lacunes de spectre en cas d'échec d'un traitement de 1ère intention en couvrant prioritairement *S. pneumoniae* et *L. pneumophila*
- Elargir d'emblée le spectre du traitement antibiotique probabiliste en présence de signes de gravité et/ou de facteurs de comorbidité en couvrant :
  - S. pneumoniae* (PSDP) ; *L. pneumophila* ;
  - BGN du milieu communautaire (et en cas de grippe *S. aureus*)

# Antibiotiques pour le traitement des pneumonies communautaires

*S. pneumon. H. influenz. L. pneumoph. M. & C.  
pneumoniae*

---

<b>Béta-lactamines</b>	±	±	-	-
<b>Macrolides</b>	±	-	+	+
<b>Fluoroquinolones</b>	±	+	+	+
<b>Fluoroquinolones anti-pneumo.</b>	+	+	+	+

# Antibiothérapie des pneumonies communautaires

Adulte ambulatoire, présumé sain, sans signe de gravité

	Antibiothérapie de 1ère intention	Absence d'amélioration à 48 h
≥ 40 ans	Aminopénicilline (1 g x 3) ou télithromycine	Macrolide (substitution ou association) ou télithromycine Quinolone antipneumococcique (monothérapie)
< 40 ans (association)	Macrolide  (sauf azithromycine) Télithromycine	Amoxicilline (substitution ou  Quinolone antipneumococcique (monothérapie)



# Antibiothérapie des pneumonies communautaires

Adulte ambulatoire, avec comorbidité, sans signe de gravité

	Premier choix	Alternative
Age > 60 ans Comorbidités	[amoxicilline-acide clavulanique 1 g/ 8h PO ou ou ceftriaxone 1 g / 24 h IV/IM] ± Macrolide	Quinolone antipneumococ. PO
Suspicion d'inhalation	Amoxicilline-acide clavulanique 1 g 8 h PO	C3G IV (ceftriaxone 1g/24 h IV/IM) + métronidazole



# Antibiothérapie des pneumonies communautaires

Adulte hospitalisé en secteur traditionnel

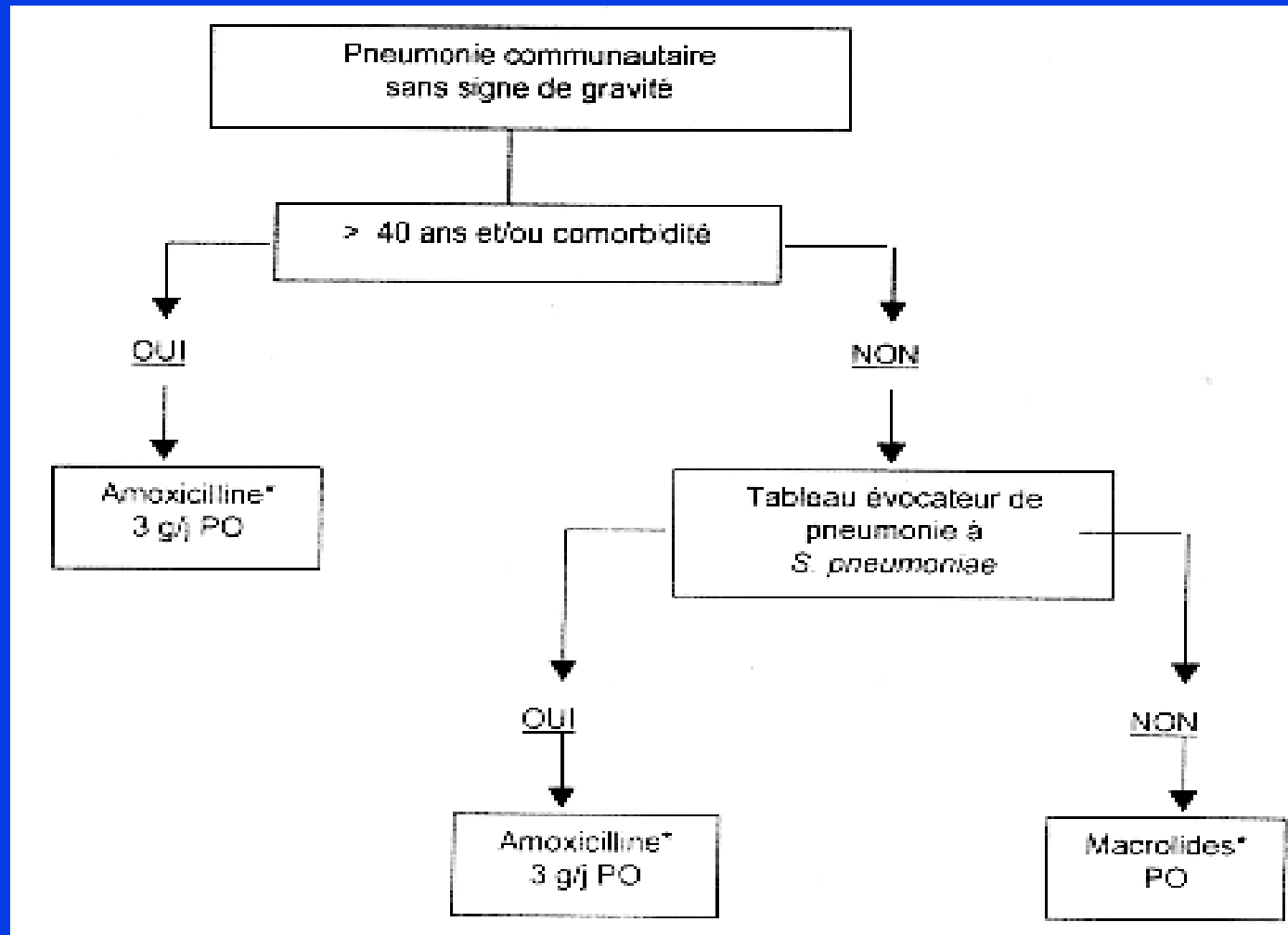
	Premier choix	Alternative
Age > 60 ans Ethyliste chronique  Comorbidités	[amoxicilline-acide clavulanique 1 g/ 8h po ou IV  ou ceftriaxone 1 g / 24 h IV/IM] ± Macrolide	Quinolone antipneumococ. Cefdinir (orale ou injectable)
Abcès pulmonaire Suspicion d'inhalation	Amoxicilline-acide clavulanique 1 g/4-6 h IV ± aminoside	C <sub>3</sub> G (ceftriaxone 1g/24 h IV/IM cefotaxime 1 g/8 h IV) + métronidazole ou Cefdinir per os

# Antibiothérapie des pneumonies communautaires

Adulte hospitalisé en secteur de soins intensifs/réanimation ou médecine

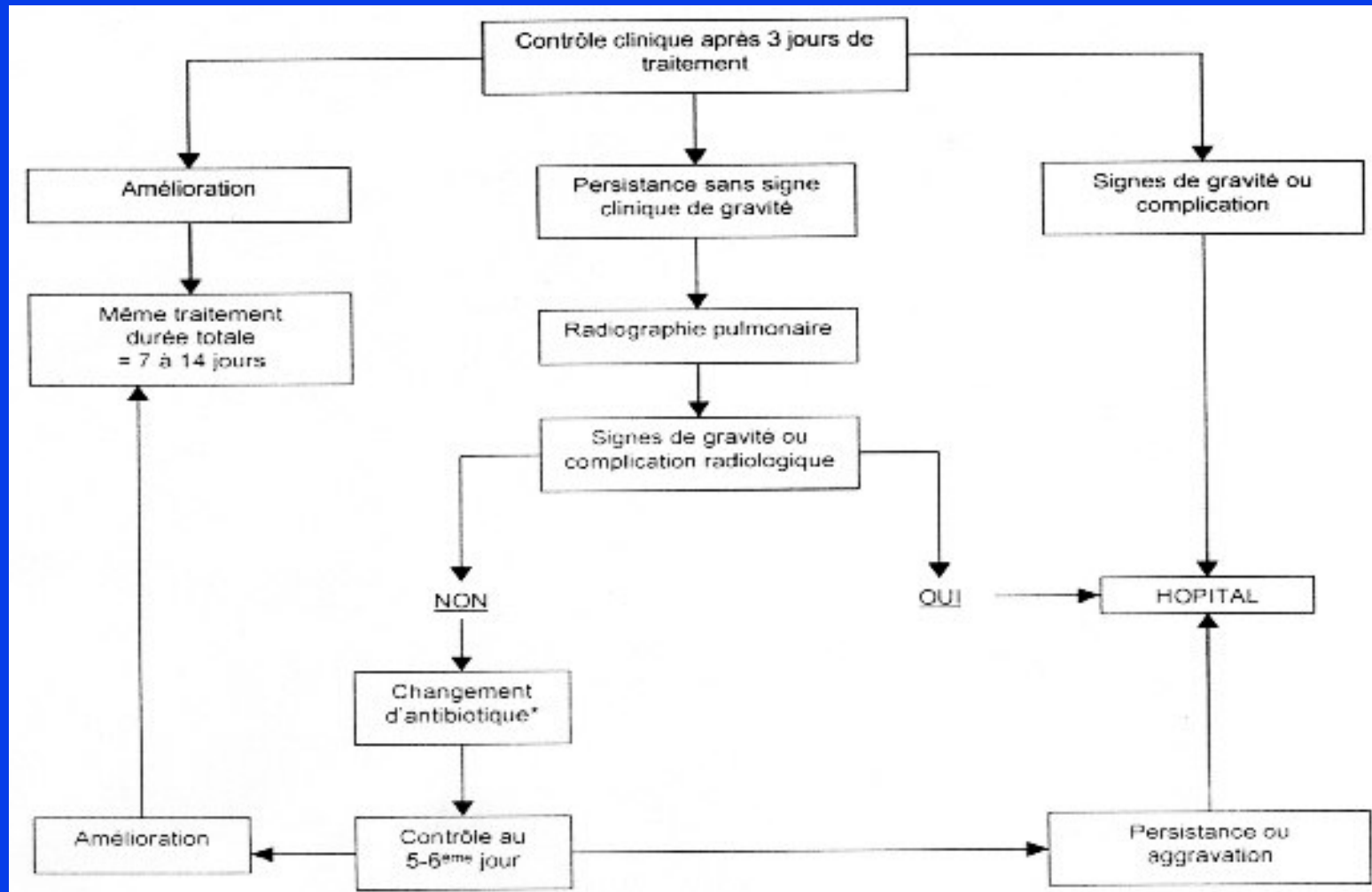
Terrain	
Age > 60 ans Ethyliste chronique Comorbidités	[amoxicilline-acide clavulanique 1 g/4-6 h IV ou C3G injectable (ceftriaxone 1 g / 24 h, cefotaxime 1 g/8 h) ET [Macrolide IV ou quinolone anipneumococcique]
Si suspicion de <i>Legionella</i>	+ rifampicine IV
Si pneumocoque péni R	Pénicilline G (300 000 UI : kg / j) ou amoxicilline à forte dose (100-150 mg/kg/j)

## Stratégie thérapeutique initiale au cours d'une pneumonie communautaire de l'adulte (sans facteur de risque ni signe de gravité) (AFSSAPS 2002)



\* La télithromycine représente une alternative à ces deux traitements qui sont recommandés en première intention

## Stratégie thérapeutique secondaire au cours d'une pneumonie communautaire de l'adulte (sans facteur de risque ni signe de gravité) (AFSSAPS 2002)



\* Amoxicilline ↔ macrolide : plus rarement, soit bithérapie (amoxicilline + macrolide) soit antibiothérapie à plus large spectre : télichromycine ou fluoroquinolone active sur le pneumocoque

# PAC ANTIBIOTHERAPIE

## Recommandations IDSA

- Patient jeune sans comorbidité Doxycycline ou macrolide ou FQ
- Patient âgé ( $\geq 65$  ans) et/ou comorbidité FQ
- Patient hospitalisé  $\beta$ -lactamine (céfotaxime, ceftriaxone) ou  $\beta$ -lactamine-inhibiteur  $\pm$  macrolide ou FQ anti-pneumo
- ou Cefdinir
- Patient en USI idem cas précédent (+) macrolide ou FQ anti-pneumoc.

# Antibiothérapie dans les exacerbations de BPCO

BPCO stades 1, 2, 3 en exacerbation

Purulence **franche** de l'expectoration  
+ dyspnée et/ou augmentation du volume

OUI

NON

Facteur(s) de risques

1. VEMS < 30% en état stable
2. Hypoxémie de repos (<60 mmHg)
3. Exacerbations fréquentes ( $\geq 4$  / an)
4. Corticothérapie systémique au long cours
5. Comorbidité(s)
6. Antécédents de pneumonie

OUI

NON

- Amoxicilline – Acide clavulanique
- FQ (lévofloxacine, moxifloxacine)
- C3G (cefprozime prox., Cefdinir cefotiam hexétil)
- C2G (céfuroxime axétil)

Echec \*

Télithromycine  
Pristinamycine  
Amoxicilline  
Doxycycline  
Macrolide

Aggravation ou apparition d'une  
purulence franche de l'expectoration

Surveillance  
Pas de traitement antibiotique

ECBC (recherche de Pseudomonas)  
Radiographie thoracique

• *Persistance ou aggravation d'une purulence franche des crachats associée ou non à de la fièvre après 3 jours de traitement*