



Pneumonie acquise en communauté chez l'adulte

Mars 2010

Ce guide clinique est présenté à titre indicatif et ne remplace pas le jugement du praticien.

GÉNÉRALITÉS

Pathogènes les plus fréquemment responsables :

- *Streptococcus pneumoniae*
- *Mycoplasma pneumoniae*
- *Chlamydia pneumoniae*
- *Haemophilus influenzae*

Autres pathogènes possibles :

- *Legionella spp*
- *Staphylococcus aureus*
- Bacilles Gram-
- Virus du tractus respiratoire (influenza A et B, adénovirus)

DIAGNOSTIC

Pour patient traité en externe

- Le score de Fine peut aider à évaluer la nécessité d'hospitaliser le patient, mais le jugement clinique doit primer.
- Les critères majeurs du score de Fine sont : une fréquence respiratoire > 30 par minute, une confusion récente, une hypotension < 90 mm Hg (systolique), une température > 40 °C, une saturation < 90 % et l'âge avancé du patient.
- La radiographie pulmonaire est le seul test recommandé pour l'investigation de la pneumonie traitée en externe.

PRINCIPES DE TRAITEMENT

- Le traitement initial est toujours empirique. Actuellement, aucun test ne permet d'identifier rapidement l'étiologie des pneumonies. Les suggestions thérapeutiques sont modulées par la probabilité d'un germe selon le contexte épidémiologique (ambulatoire ou hospitalisé), la présence de facteurs de comorbidité ou la gravité de la pneumonie.
- Les macrolides :
 - La résistance globale au Québec est d'environ 20 % et elle semble atteindre un plateau.
 - Dans la majorité des cas, en ce qui concerne les infections respiratoires, la corrélation entre la résistance *in vitro* et le succès ou l'échec clinique est médiocre. On ne peut par conséquent généraliser le principe de résistance *in vitro* au traitement.
 - **L'utilisation des divers agents à l'intérieur d'une même classe semble engendrer un risque différent d'émergence de résistance.** Une étude canadienne de cohorte prospective (Vanderkooi et al., 2005) a démontré un risque significativement plus bas d'émergence de résistance aux macrolides lors de l'utilisation de la clarithromycine (Biaxin Bid^{MC} ou Biaxin XL^{MC}) en comparaison avec l'azithromycine (Zithromax^{MC}).
- Les fluoroquinolones* :
 - Devraient être réservées aux patients les plus à risque, porteurs connus ou susceptibles d'être porteurs de souches résistantes de *S. pneumoniae*.
 - Lorsqu'elles sont prescrites aux femmes en âge de procréer, il est important de s'assurer qu'il n'y a pas de grossesse en cours.
- L'état du patient doit s'améliorer après 72 heures de traitement (chute de la température).
- Le vaccin Pneumovax^{MC} ne prévient pas les pneumonies, mais il joue un rôle important dans la prévention des infections invasives (ex. : bactériémie) à pneumocoques.
- Durant la saison des infections respiratoires, il serait utile d'effectuer des tests de dépistage des virus respiratoires (influenza ou autre) chez les patients hospitalisés ou dans les urgences.

* Un des principaux facteurs de risque de la résistance de *S. pneumoniae* est la prise d'antibiotiques dans les 3 mois précédents. Dans ce cas, on devrait utiliser une classe différente d'antibiotiques.



RÉFÉRENCES

- Mandell LA, Marrie TJ, Grossman RF, et al. Canadian Guidelines for the initial management of community-acquired pneumonia: an evidence-based update by the Canadian Infectious Diseases Society and the Canadian Thoracic Society. *Clin Infect Dis.* 2000;31:383-421.
- Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, Bartlett JG, et al. IDSA/ATS Consensus Guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults. *Clin Infect Dis.* 2007;44 Suppl 2:S27-72.
- Vanderkooi OG, Low DE, Green K, et al. Predicting antimicrobial resistance in invasive pneumococcal infections. *Clin Infect Dis.* 2005 May 1;40(9):1288-97.

Il est à noter que d'autres références ont été consultées.

Conseil
du médicament

Québec



Pneumonie acquise en communauté chez l'adulte

Ce guide a été élaboré en collaboration avec les ordres (CMQ, OPQ), fédérations (FMOQ, FMSQ) et associations de médecins et pharmaciens du Québec.

Québec



Traitement empirique de la pneumonie acquise en communauté*					
	Type de patient et facteur responsable	Traitement de 1 ^{re} intention		Traitement de 2 ^e intention	
		Antibiotique ^{†‡}	Posologie	Antibiotique ^{†‡}	Posologie
TRAITEMENT AMBULATOIRE	Individu en santé et sans antibiotiques au cours des 3 derniers mois	Clarithromycine (Biaxin Bid ^{MC}) OU (Biaxin XL ^{MC}) OU Azithromycine [§] (Zithromax ^{MC})	500 mg PO BID x 7 jours 1 000 mg PO DIE x 7 jours 500 mg PO DIE jour 1 puis 250 mg PO DIE x 4 jours	Doxycycline (Vibramycine ^{MC} , Vibra-Tabs ^{MC})	100 mg PO BID x 10 jours
	Présence de facteurs de comorbidité : maladie chronique cardiaque, pulmonaire ou rénale, diabète, alcoolisme, néoplasie, immunosuppression ou utilisation d'antibiotiques au cours des 3 derniers mois	Lévofloxacine (Levaquin ^{MC}) OU Moxifloxacine (Avelox ^{MC}) OU Amoxicilline (haute dose) OU Amoxicilline-clavulanate de K (Clavulin ^{MC}) OU Céfuroxime axétil (Ceftin ^{MC}) ET Clarithromycine (Biaxin Bid ^{MC}) OU (Biaxin XL ^{MC}) OU Azithromycine [§] (Zithromax ^{MC})	500 mg PO DIE x 7 à 14 jours OU 750 mg PO DIE x 5 jours 400 mg PO DIE x 10 jours 1 000 mg PO TID x 10 jours 875 mg PO BID ou 500 mg PO TID x 10 jours 500 mg PO BID x 7 jours 500 mg PO BID x 7 jours 1 000 mg PO DIE x 7 jours 500 mg PO DIE jour 1 puis 250 mg PO DIE x 4 jours		
	Patient séjournant en CHSLD	Lévofloxacine (Levaquin ^{MC}) OU Moxifloxacine (Avelox ^{MC}) OU Amoxicilline-clavulanate de K (Clavulin ^{MC}) ET Clarithromycine (Biaxin Bid ^{MC}) OU (Biaxin XL ^{MC}) OU Azithromycine [§] (Zithromax ^{MC})	500 mg PO DIE x 7 à 14 jours OU 750 mg PO DIE x 5 jours 400 mg PO DIE x 10 jours 875 mg PO BID ou 500 mg PO TID x 10 jours 500 mg PO BID x 7 jours 1 000 mg PO DIE x 7 jours 500 mg PO DIE jour 1 puis 250 mg PO DIE x 4 jours		
TRAITEMENT HOSPITALIER	Patient hospitalisé	Lévofloxacine (Levaquin ^{MC}) OU Moxifloxacine (Avelox ^{MC}) OU Céfotaxime (Claforan ^{MC}) OU Ceftriaxone (Rocephin ^{MC}) ET Clarithromycine (Biaxin Bid ^{MC}) OU (Biaxin XL ^{MC}) OU Azithromycine [§] (Zithromax ^{MC})	500 mg PO/IV DIE x 7 à 14 jours OU 750 mg PO/IV DIE x 5 jours 400 mg PO/IV DIE x 7 à 14 jours 1-2 g IV aux 8 h 1-2 g IV aux 12 h-24 h 500 mg PO BID x 7 jours 1 000 mg PO DIE x 7 jours 500 mg IV aux 24 h		
	Patient hospitalisé aux soins intensifs	Céfotaxime (Claforan ^{MC}) OU Ceftriaxone (Rocephin ^{MC}) ET Lévofloxacine (Levaquin ^{MC}) OU Moxifloxacine (Avelox ^{MC})	1-2 g IV aux 8 h 1-2 g IV aux 12 h-24 h 500 mg PO/IV DIE x 7 à 14 jours OU 750 mg PO/IV DIE x 5 jours 400 mg PO/IV DIE x 7 à 14 jours	Céfotaxime (Claforan ^{MC}) OU Ceftriaxone (Rocephin ^{MC}) ET Azithromycine [§] (Zithromax ^{MC})	1-2 g IV aux 8 h 1-2 g IV aux 12 h-24 h 500 mg IV aux 24 h

* Adapté de IDSA and ATS Consensus Guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults. Clinical Infectious Disease 2007; 44 (suppl2).

† Un des principaux facteurs de risque de la résistance de *S. pneumoniae* est la prise d'antibiotiques dans les 3 mois précédents. Dans ce cas, on devrait utiliser une classe différente d'antibiotiques.

‡ Les antibiotiques sont généralement inscrits par ordre alphabétique de dénomination commune. Une seule marque de commerce a été inscrite, bien que plusieurs fabricants puissent offrir les produits sous d'autres noms commerciaux.

§ Voir Principes de traitement : Les macrolides.

|| Pendant la prise des quinolones respiratoires, on devrait respecter les délais entre la prise de quinolones et celle de médicaments contenant des ions divalents ou trivalents (fer, calcium, antiacides, aluminium, magnésium, multivitamines et minéraux) ou les suspendre temporairement.