



Pneumonie acquise en communauté chez l'adulte

Janvier 2005

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

GÉNÉRALITÉS

Pathogènes les plus fréquemment impliqués :

• <i>S. pneumoniae</i>	20-60%
• <i>M. pneumoniae</i>	20%
• <i>C. pneumoniae</i>	4-6%
• <i>H. influenzae</i>	3-10%

Autres pathogènes possibles :

• <i>Legionella spp</i>	2-8%
• <i>S. aureus</i>	3-5%
• Bacilles Gram-	3-10%
• Virus du tractus respiratoire (Influenza A et B, Adenovirus)	2-15%

DIAGNOSTIC

Pour patient traité en externe

- L'utilisation du score de Fine peut aider pour l'évaluation de la nécessité d'hospitaliser le patient mais le jugement clinique doit primer
- Les cinq critères majeurs du score de Fine sont : une fréquence respiratoire > 30 par minute, une confusion récente, une hypotension < 90 mmHg (systolique), une température > 40° C et une saturation < 90 %
- La radiographie pulmonaire est le **seul test recommandé** dans l'investigation de la pneumonie traitée en externe
- Le vaccin Pneumovax® ne prévient pas les pneumonies mais joue un rôle important dans la prévention des infections invasives (ex. bactériémie) à pneumocoque

PRINCIPES DE TRAITEMENT

- Le traitement initial des pneumonies est toujours empirique. Aucun test ne permet d'identifier rapidement (moins de 24-48 heures) l'étiologie des pneumonies
- L'état du patient doit s'améliorer après 72 heures de traitement (chute de la température)
- Les fluoroquinolones devraient être réservées aux patients plus à risque :
 - porteurs connus de souches résistantes de *S. pneumoniae*
 - MPOC
 - non réponse ou allergie aux autres antibiotiques
 - antibiothérapie ou corticothérapie dans les 3 derniers mois



Références

- Gin AS. Community-acquired pneumonia- What is the state of art?. J Inform Pharmacother 2000; 3: 336-44.
File TM. Community-acquired pneumonia. The Lancet 2003: 362.
Low DE, Weiss KA, et al. Résistance de *Streptococcus pneumoniae* et antibiothérapie de la pneumonie extra-hospitalière : perspective canadienne, 2004.
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.
Niederman M. Review of treatment guidelines for community-acquired pneumonia. The American journal of medicine 2004; 117(3A): 51S-57S.

Traitement de la pneumonie acquise en communauté					
	Type de patient et facteur impliqué	Traitement de 1 ^{re} intention		Traitement de 2 ^e intention	
		Antibiotique*	Posologie	Antibiotique*	Posologie
PATIENT TRAITÉ EN EXTERNE	Patient présentant ou non MPOC sans antibiothérapie ni corticothérapie au cours des 3 derniers mois	Azithromycine (Zithromax®) OU Clarithromycine (Biaxin®) OU (Biaxin XL®) OU Télithromycine (Ketek®)	500 mg PO jour 1 puis 250 mg PO DIE jour 2 à 5 500 mg PO BID x 7 jours 1000 mg PO DIE x 7 jours 800 mg PO DIE x 10 jours	Doxycycline (Vibra-Tabs®)	100 mg PO BID x 10 jours
	Patient présentant MPOC et ayant reçu une antibiothérapie ou une corticothérapie aux cours des 3 derniers mois	Gatifloxacin (Tequin®) OU Lévofoxacin (Levaquin®) OU Moxifloxacin (Avelox®)	400 mg PO DIE x 7 jours 500 mg PO DIE x 7 jours OU 750 mg PO DIE x 5 jours 400 mg PO DIE x 10 jours	Amoxicilline-clavulanate de K (Clavulin®) OU Céfuroxime axétil (Ceftin®) ET Macrolide†	875 mg PO BID ou 500 mg PO TID x 7 jours 500 mg PO BID x 7 jours
	Patient chez qui une macroaspiration est suspectée	Amoxicilline-clavulanate de K (Clavulin®) ± Macrolide‡ OU Gatifloxacin (Tequin®) OU Moxifloxacin (Avelox®)	875 mg PO BID OU 500 mg PO TID x 7 jours 400 mg PO DIE x 7 jours 400 mg PO DIE x 10 jours	Céfuroxime axétil (Ceftin®) ET Clindamycine (Dalacin®) OU Métronidazole (Flagyl®)	500 mg PO BID x 7 jours 300 mg PO TID ou QID x 7 jours 500 mg PO TID x 7 jours
PATIENT HOSPITALISÉ II	Patient séjournant en CHSLD	Gatifloxacin (Tequin®) OU Lévofoxacin (Levaquin®) OU Moxifloxacin (Avelox®)	400 mg PO DIE x 7 jours 500 mg PO DIE x 7 jours OU 750 mg PO DIE x 5 jours 400 mg PO DIE x 10 jours	Amoxicilline-clavulanate de K (Clavulin®) ET Macrolide§	875 mg PO BID ou 500 mg PO TID x 7 jours
	Patient nécessitant une hospitalisation	Gatifloxacin (Tequin®) OU Lévofoxacin (Levaquin®) OU Moxifloxacin (Avelox®)	400 mg PO/IV DIE x 7 - 14 jours 500 mg PO/IV DIE x 7 - 14 jours OU 750 mg PO/IV DIE x 5 jours 400 mg PO/IV DIE x 7 - 14 jours	Ceftriaxone (Rocephin®) OU Céfotaxime (Claforan®) OU Céfuroxime (Zinacef®) ET Azithromycine (Zithromax®) OU Clarithromycine (Biaxin®) OU (Biaxin XL®) OU Télithromycine (Ketek®)	1-2 g IV q 12h - 24h 1-2 g IV q 8h 750 mg-1,5 g IV q 8h 500 mg IV DIE x quelques jours puis 500 mg PO DIE par la suite; 7 à 10 jours 500 mg PO BID x 10 jours 1000 mg PO DIE x 10 jours 800 mg PO DIE x 10 jours

* Les antibiotiques sont inscrits par ordre alphabétique de dénomination commune, selon qu'ils sont des traitements de première ou de deuxième intention, sans égard à leur efficacité. Une seule marque de commerce a été inscrite bien que plusieurs fabricants puissent offrir les produits sous d'autres noms commerciaux

† Macrolide: Azithromycine (Zithromax® 500 mg PO le jour 1 puis 250 mg PO jour 2 à 5); Clarithromycine (Biaxin® 500 mg PO BID x 7 jours) ou (Biaxin XL® 1000 mg PO DIE x 7 jours); Télithromycine (Ketek® 800 mg PO DIE x 10 jours)

‡ Macrolide: Comme † mais avec des durées de 10 jours pour la Clarithromycine

§ Macrolide: Comme †, excepté l'Azithromycine (Zithromax® 500 mg PO ou IV jour 1 puis 250 mg PO jour 2 à 5)

II Veuillez vous référer aux lignes directrices canadiennes (Mandell et al., 2000) pour les patients nécessitant une hospitalisation sur une unité de soins critiques