



Centre Hospitalier Régional
Universitaire de Lille



Infections respiratoires basses en consultation d'urgence

Quels antibiotiques, quels examens complémentaires, quelle durée de traitement ?

Séminaire de Bon Usage Des Antibiotiques aux Urgences en Région Lilloise
12 & 13 novembre 2025

Dr. Grégoire SALTIEL

Maladies Infectieuses et Tropicales
Centre Hospitalier Universitaire de Lille
gregoire.saltiel@chu-lille.fr

Dr. Sophie Nave

Service des Urgences – CESU 59
Centre Hospitalier Universitaire de Lille
sophie.nave@chu-lille.fr

Objectifs du cours

A la fin de cet enseignement, l'apprenant doit avoir acquis :

- Les connaissances permettant une **stratégie diagnostique adaptée** des différentes infections des voies respiratoires basses
- Les connaissances concernant les **agents infectieux** en cause, et **l'épidémiologie des résistances**.
- Les connaissances de l'activité des **principales familles d'antibiotiques** vis-à-vis de ces agents infectieux et la maîtrise de la **prescription d'une juste antibiothérapie** à la **bonne durée**

Recommandations Pneumonies aiguës communautaires 2025

Médecine et Maladies Infectieuses Formation

Volume 4, Issue 2, June 2025, Pages 119-137

Actualisation des recommandations de prise en charge des pneumonies aiguës communautaires chez l'adulte par la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF) et la Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF).

Avec le soutien de la Société de Réanimation de Langue Française, (SRLF), de la Société Française de Microbiologie (SFM), de la Société Française de Radiologie (SFR) et de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU)

Aurélien Dinh ^{a,*}, François Barbier ^b,
Jean-Pierre Bedos ^c, Mathieu Blot ^d, Vincent Cattoir ^e,
Yann-Erick Claessens ^f, Xavier Duval ^g, Pierre Fillâtre ^h,
Maxime Gautier ⁱ, Yann Guegan ^j, Sophie Jarraud ^k,
Alban Le Monnier ^l, David Lebeaux ^m, Paul Loubet ⁿ,
Constance de Margerie ^o, Philippe Serayet ^p,
Yacine Tandjaoui-Lambotte ^{q,r}, Emmanuelle Varon ^s,
Yves Welker ^t, Damien Basille ^{r,u,v}



<https://doi.org/10.1016/j.mmifmc.2025.01.065>

Diagnostic

Cas clinique n°1

Vous êtes médecin chez SOS Médecins, et êtes appelés à 20h00 chez Mr. D, un **patient de 45 ans hypertendu**, pour une **toux fébrile évoluant depuis 5 jours** :

- *Constantes* :
 - PA 145/85 mmHg, FC 85 bpm
 - **SpO2 97% en air ambiant**, Fréquence respiratoire au repos 16/min
 - **Température 38,2°C.**
- *Examen clinique* :
 - Absence de défaillance hémodynamique ni respiratoire.
 - Foyer de **crépitations du lobe inférieur droit.**
 - Reste de l'examen sans particularité.

Cas clinique n°1

Quelle conduite à tenir proposez-vous chez ce patient :

- A. Vous adressez le patient aux urgences pour bilan biologique et imagerie thoracique.
- B. Vous introduisez une antibiothérapie en urgence, sans prescrire d'examen complémentaire.
- C. Vous réalisez une échographie pleuropulmonaire clinique, et introduisez une antibiothérapie en urgence en cas de confirmation du diagnostic de pneumonie.
- D. Vous introduisez une antibiothérapie en urgence, à réévaluer par le médecin traitant en fonction du résultat de la radiographie thoracique à réaliser dès que possible.
- E. Vous remettez au patient une ordonnance de radiographie thoracique à réaliser dès que possible, suivie d'une consultation avec son médecin traitant pour introduire une antibiothérapie selon les résultats de la radiographie.

Cas clinique n°1

Quelle conduite à tenir proposez-vous chez ce patient :

- A. Vous adressez le patient aux urgences pour bilan biologique et imagerie thoracique.
- B. Vous introduisez une antibiothérapie en urgence, sans prescrire d'examen complémentaire.
- C. Vous réalisez une échographie pleuropulmonaire clinique, et introduisez une antibiothérapie en urgence en cas de confirmation du diagnostic de pneumonie.
- D. Vous introduisez une antibiothérapie en urgence, à réévaluer par le médecin traitant en fonction du résultat de la radiographie thoracique à réaliser dès que possible.**
- E. Vous remettez au patient une ordonnance de radiographie thoracique à réaliser dès que possible, suivie d'une consultation avec son médecin traitant pour introduire une antibiothérapie selon les résultats de la radiographie.

Diagnostic

Bronchite

Inflammation aiguë des bronches et bronchioles
d'origine virale

Souvent associée à une rhinopharyngite

Pneumonie

Inflammation aiguë du parenchyme d'origine virale
ou bactérienne

Clinique

- Signes respiratoires (toux +/- expectorations purulentes ou non)
- Fièvre possible
- Brûlure rétrosternale
- **Auscultation le plus souvent normale**

Clinique

- Signes respiratoires (toux, expectorations, dyspnée)
- Fièvre
- +/- douleur thoracique
- **Crépitations** (souvent unilatéraux)

Imagerie : Non recommandée

Si réalisée : Normale

Imagerie : Systématique

Syndrome alvéolaire ou interstitiel

Imagerie

Pneumonie : Diagnostic radio-clinique

Dans les PAC ambulatoires, une imagerie thoracique (radiographie de thorax de bonne qualité ou échographie pleuropulmonaire) est recommandée pour diagnostiquer une pneumonie, et il est souhaitable de l'obtenir dans un délai court (inférieur à trois jours) (Grade B-2) ;

Dans les PAC hospitalisées non graves et graves, une imagerie pulmonaire (radiographie pulmonaire [RP] ou échographie pleuropulmonaire, voire scanner) est recommandée (Grade B-2).



Radiographie thoracique systématique
(dans les 72 heures en ambulatoire)

En ambulatoire : Initiation de l'antibiothérapie sans attendre la radiographie (arrêt ATB si imagerie normale)

Dans les suspicions de PAC ambulatoires et hospitalisées (graves et non graves), l'échographie pleuropulmonaire clinique est un outil fiable du diagnostic de pneumonie et peut être proposée en première intention en alternative à la radiographie thoracique, sous réserve d'une formation préalable validée du praticien.



Alternative : Echographie pleuropulmonaire clinique

Sous réserve d'une formation validée

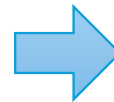
Imagerie

Quelle place pour le scanner thoracique ?

Dans les PAC ambulatoires, il n'est pas recommandé d'utiliser le scanner thoracique pour le diagnostic de PAC en première intention (**Grade C-1**) ;

Dans les PAC hospitalisées (non graves et graves), il est recommandé de réaliser un scanner thoracique faible-dose chez les patients pour lesquels il existe un doute diagnostique à l'issue de l'évaluation initiale reposant sur la combinaison de signes cliniques et des résultats de la radiographie pulmonaire ou de l'échographie pleuro-pulmonaire (**Grade B-1**).

En outre, la sémiologie radiologique du scanner thoracique, même si non spécifique, peut parfois orienter le diagnostic étiologique (en particulier chez le patient immunodéprimé) et ainsi modifier le choix de l'antibiothérapie probabiliste [118–120].



Scanner thoracique non systématique

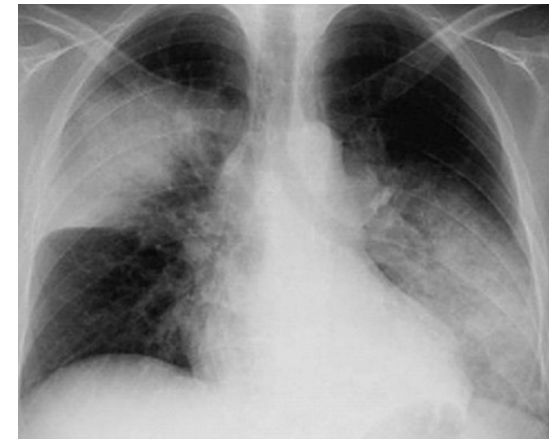
Indications du scanner

- Doute diagnostique
- Patient immunodéprimé
- Mauvaise évolution à 72h

Cas clinique n°2

Vous êtes médecin au Service d'Accueil des Urgences, et recevez Mr. F, un **patient de 73 ans diabétique et hypertendu** pour une **toux fébrile évoluant depuis 7 jours associée à une dyspnée et un ralentissement psychomoteur.**

- *Constantes :*
 - PA 110/65 mmHg, FC 100 bpm
 - **SpO2 96%**, Fréquence respiratoire au repos 20/min
 - **Température 39,3°C.**
- *Examen clinique :*
 - Absence de défaillance hémodynamique ni respiratoire.
 - Foyer de **crépitations bilatérales.**
- *Imagerie :*
 - Radiographie thoracique : **Condensations alvéolaires bilatérales**



Cas clinique n°2

Quelles analyses pouvez-vous prescrire afin de vous aider dans le diagnostic étiologique de cette pneumonie ?

- A. CRP
- B. Ionogramme sanguin et créatinine
- C. Bilan hépatique
- D. CPK
- E. PCT

Cas clinique n°2

Quelles analyses pouvez-vous prescrire afin de vous aider dans le diagnostic étiologique de cette pneumonie ?

- A. CRP
- B. Ionogramme sanguin et créatinine**
- C. Bilan hépatique**
- D. CPK**
- E. PCT

Biologie

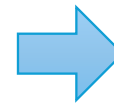
Quelle place pour les biomarqueurs ?

2. Recommandations 2025

Au cours des PAC (ambulatoires ou hospitalisées), le dosage de la CRP n'est pas recommandé de manière systématique pour le diagnostic et/ou le suivi des PAC (Grade C-1).

2. Recommandations 2025

Au cours des PAC ambulatoires ou hospitalisées, le dosage de la PCT n'est pas recommandé de manière systématique pour le diagnostic et/ou le suivi des PAC (Grade C-1).



Biomarqueurs non systématiques

- Ne permettent pas une distinction fiable entre étiologie virale et bactérienne
- Absence d'étude sur l'impact du dosage de la CRP sur le suivi du patient
- Pourraient aider (PCT) pour guider la durée d'antibiothérapie (études contradictoires peu convaincantes)

Biologie

Pourquoi rechercher des signes biologiques extra-respiratoires ?

	PAC à <i>Mycoplasma pneumoniae</i>	Légionellose
Contexte	Épidémies (familiale, institution) Non réponse à 48 h–72 h de traitement par bêtalactamine bien conduit	- Situation à risque (voyage, exposition à de l'eau en aérosols, etc.) - Non-réponse à 48 h–72 h de traitement par bêtalactamine bien conduit
Terrain Clinique	Jeune > âgé - Progressif : tableau de toux fébrile trainante, signes respiratoires hauts - Signes extra-respiratoires : cutanéomuqueux, digestifs, neurologiques (céphalées), myalgies, arthralgies	Comorbidités, immunodépression - Rapidement progressif (2 à 3 jours) - Signes extra-respiratoires : digestifs (douleurs abdominales, diarrhées, vomissements), neurologiques (troubles de conscience, céphalées), myalgies, pouls dissocié
Biologie	Anémie hémolytique, insuffisance rénale	Insuffisance rénale, hyponatrémie, cytolyse, rhabdomyolyse
Radiologie	- Infiltrat non systématisé des deux bases - Syndrome interstitiel micronodulaire centrolobulaire – bronchiolite ± infiltrats alvéolaires	Opacités alvéolaires uni- ou bilatérales



Recherche de **signe biologique évocateur d'atteinte extra-respiratoire** (notamment en cas de PAC hospitalisée ou d'échec) : NFS, ionogramme sanguin, créatininémie, bilan hépatique, CPK

Agents infectieux responsables de PAC

Cas clinique n°2

Vous recevez le résultat du bilan biologique de Mr F, ce **patient de 73 ans diabétique et hypertendu**, consultant pour une **toux fébrile évoluant depuis 7 jours associée à une dyspnée et un ralentissement psychomoteur**.

Pour rappel :

- PA 110/65 mmHg, FC 100 bpm, **SpO2 96%**, Fréquence respiratoire au repos 20/min, **température 39,3°C**.
- Absence de défaillance hémodynamique ni respiratoire, foyer de **crépitations bilatéraux**.
- Radiographie thoracique : **Condensations alvéolaires bilatérales**

Leucocytes	11.30	10.9/l
Erythrocytes	5.04	10.12/l
Hémoglobine	15.8	g/dl
Hématocrite	43.2	%
V.G.M	85.7	10 -15l
T.C.M.H	31.3	10 -12g
C.C.M.H	36.6	g/dl
Plaquettes	117	10.9/l
Volume plaquettaire moyen	11.3	10 -15l

Sodium (ISE potentiométrie indirecte, ROCHE)	↓ 130	mmol/l
Potassium (ISE potentiométrie indirecte, ROCHE)	↓ 3.4	mmol/l
Bilirubine Totale	7	mg/l
(Colorimétrie diazo, ROCHE)	12	μmol/l
LDH (Enzymatique IFCC, ROCHE)	↑ 1154	U/l
TGO (Colorimétrie IFCC avec PP, ROCHE)	↑ 2191	U/l
TGP (Colorimétrie IFCC avec PP, ROCHE)	↑ 907	U/l
Phosphatases alcalines (Colorimétrie IFCC, ROCHE)	86	U/l
GGT (Colorimétrie SZASZ, ROCHE)	↑ 232	U/l
CPK (Colorimétrie IFCC, ROCHE)	↑ 213	U/l
C Réactive Protéines (Turbidimétrie, ROCHE)	332	mg/l

Cas clinique n°2

Quel micro-organisme suspectez vous ?

- A. *Streptococcus pneumoniae*
- B. *Legionella pneumophila*
- C. *Haemophilus influenzae*
- D. *Mycoplasma pneumoniae*
- E. *Mycobacterium tuberculosis*

Cas clinique n°2

Quel micro-organisme suspectez vous ?

- A. *Streptococcus pneumoniae*
- B. *Legionella pneumophila***
- C. *Haemophilus influenzae*
- D. *Mycoplasma pneumoniae*
- E. *Mycobacterium tuberculosis*

Légionelle

Pourvoyeur de PAC grave !

Contexte

Situation à risque : Voyage, exposition à de l'eau en aérosols
Non réponse à 48-72h d'un traitement par bêta-lactamines

Terrain

Comorbidités, immunodépression (non systématique)

Clinique

Installation en
2-3 jours

- **Signes respiratoires** : Parfois frustres, parfois sévères
- **Fièvre élevée**
- **Signes extra-respiratoires souvent au premier plan** :
 - Neurologiques +++ (somnolence, confusion)
 - Digestifs
 - Myalgies
 - Pouls dissocié, troubles de la conduction

Biologie

Signes extra-
respiratoires ++

Syndrome inflammatoire biologique important
Signes extra-respiratoire quasiment systématiques : IRA, hyponatrémie, augmentation CPK, cytolyse hépatique

Imagerie

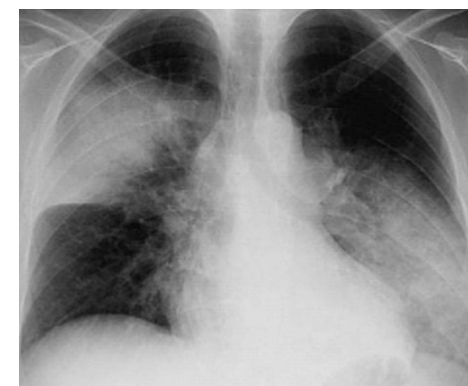
Opacités **alvéolaires** uni ou bilatérales

Microbiologie

Antigénurie légionelle (sérotypage 1)
Si antigénurie négative et PAC grave : PCR légionelle et culture spécifique sur prélèvement respiratoire profond

A retenir

Pneumonie + signe neurologique
→ Évoquer une légionelle



Pneumocoque

Pourvoyeur de PAC grave !

Terrain

Comorbidités (notamment consommation éthylique)
Immunodépression (en premier lieu *PVVIH* et *hypogammaglobulinémie*)

Clinique

Installation
brutale

- **Signes respiratoires au premier plan :**
 - Toux sèche initiale puis purulente
 - Dyspnée d'aggravation croissante
- **Fièvre élevée**
- **Douleur thoracique en coup de poignard**
- **Malaise général**
- Récurrence herpétique fréquente

Biologie

Syndrome inflammatoire biologique important
Peu de signe extra-respiratoire : Hyponatrémie possible, cytolyse hépatique et IRA en cas de sepsis

Imagerie

Opacités **alvéolaires** uni ou bilatérales (mais tout peut se voir)

Microbiologie

ECBC, hémocultures
Si PAC grave : Antigénurie pneumocoque

A retenir

Pneumonie = Pneumocoque
jusqu'à preuve du contraire,
sauf si installation chronique
des symptômes



Cas clinique n°3

Vous êtes médecin au Service d'Accueil des Urgences et vous recevez Mr. T, étudiant en médecine de 22 ans, à 2 semaines d'un retour d'un séjour universitaire au ski. Il présente une **toux fébrile** évoluant depuis 10 jours, associé à des **myalgies**.

La radiographie thoracique retrouve des **infiltrats interstitiels bilatéraux**.

Vous recevez le résultat du bilan biologique suivant :

Leucocytes	4.59	10.9/l
Erythrocytes	3.63	10.12/l
Hémoglobine	10.5	g/dl
Hématocrite	32.6	%
V.G.M	89.7	10 -15l
T.C.M.H	28.9	10 -12g
C.C.M.H	32.2	g/dl
Plaquettes	311	10.9/l
Volume plaquettaire moyen	9.6	10 -15l

Commentaire Numération Globulaire :
Suspicion d'agglutinines froides

Créatinine	8	mg/l
	71	μmol/l
Sodium	↓ 134	mmol/l
(ISE potentiométrie indirecte, ROCHE)		
Potassium	4.7	mmol/l
(ISE potentiométrie indirecte, ROCHE)		
Bilirubine Totale	↑ 24	mg/l
	41	μmol/l
(Colorimétrie diazo, ROCHE)		
Bilirubine directe	↑ 7	mg/l
	12	μmol/l
LDH	↑ 673	U/l
(Enzymatique IFCC, ROCHE)		
TGO	45	U/l
(Colorimétrie IFCC avec PP, ROCHE)		
TGP	↑ 65	U/l
(Colorimétrie IFCC avec PP, ROCHE)		
Phosphatases alcalines	107	U/l
(Colorimétrie IFCC, ROCHE)		
GGT	25	U/l
(Colorimétrie SZASZ, ROCHE)		
CPK	↑ 455	U/l
(Colorimétrie IFCC, ROCHE)		
C Réactive Protéines	↑ 283	mg/l



Cas clinique n°3

Quel micro-organisme suspectez vous ?

- A. *Streptococcus pneumoniae*
- B. *Legionella pneumophila*
- C. *Haemophilus influenzae*
- D. *Mycoplasma pneumoniae*
- E. *Mycobacterium tuberculosis*

Cas clinique n°3

Quel micro-organisme suspectez vous ?

- A. *Streptococcus pneumoniae*
- B. *Legionella pneumophila*
- C. *Haemophilus influenzae*
- D. *Mycoplasma pneumoniae***
- E. *Mycobacterium tuberculosis*

Mycoplasma pneumoniae

PAC non grave

Contexte

Epidémies : Familiale, institution
Non réponse à 48-72h d'un traitement par bêta-lactamines

Terrain

Sujet jeune

Clinique

Installation
progressive en
plusieurs jours

- **Signes respiratoires** : Toux trainante, pouvant être associés à des signes extra-respiratoires
- **Fièvre possible, +/- élevée**
- **Signes extra-respiratoires souvent au premier plan** :
 - Cutanéomuqueux ++ (MIRM)
 - Digestifs
 - Myalgies, arthralgies

Biologie

Signes extra-respiratoires ++

Syndrome inflammatoire biologique +/- important
Signes extra-respiratoires quasiment systématiques : Anémie hémolytique, IRA, augmentation CPK, cytolysé hépatique

Imagerie

Opacités **interstitielles** (plus rarement opacités alvéolaires)

Microbiologie

PCR nasopharyngée *Mycoplasma pneumoniae*

A retenir

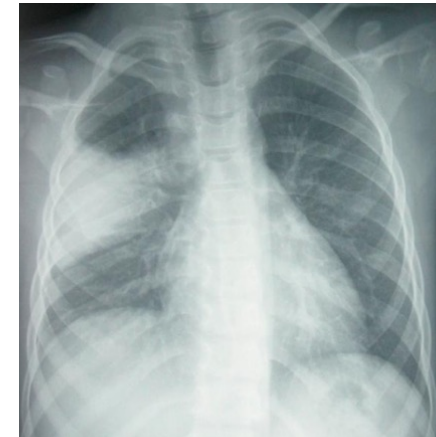
Pneumonie + signes extra-respiratoires + contexte épidémique
→ Mycoplasme ?



Cas clinique n°4

Vous êtes médecin au circuit court du SAU, et vous recevez Mr. T, âgé de 35 ans. Il présente depuis une semaine un **syndrome pseudo-grippal avec myalgies** au premier plan, associé à des **signes ORL**. Après une amélioration initiale des symptômes, on note une **recrudescence de la fièvre**, avec **réaggravation de la toux et apparition d'expectorations purulentes**.

La radiographie thoracique retrouve une **condensation alvéolaire systématisée**.



Cas clinique n°4

Quels micro-organismes sont imputables dans ce tableau clinique ?

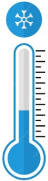
- A. *Streptococcus pneumoniae*
- B. *Legionella pneumophila*
- C. *Haemophilus influenzae*
- D. *Staphylococcus aureus*
- E. *Streptococcus pyogenes*

Cas clinique n°4

Quels micro-organismes sont imputables dans ce tableau clinique ?

- A. *Streptococcus pneumoniae*
- B. *Legionella pneumophila*
- C. *Haemophilus influenzae*
- D. *Staphylococcus aureus*
- E. *Streptococcus pyogenes*

Pneumonie aiguë communautaire post-virale



Month	June	July	Aug.	Sep.	Oct.	Nov.	Dec.	Jan.	Feb.	Mar.	Apr.	May
Winter virus						Influenza virus						
							HCoV					
						RSV						

Bactéries responsables

Streptococcus pneumoniae, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* (streptocoque du groupe A), *Haemophilus influenzae*

Physiopathologie

Lésions de l'épithélium respiratoire par le virus (grippal ++), qui favorise la surinfection bactérienne avec la flore commensale des voies aériennes supérieures

Présentation clinique

- Episode viral fébrile préalable
- Puis réapparition (J5-J7) de symptômes respiratoires (toux et expectorations purulentes) fébriles
- Foyer de **condensation alvéolaire**

Diagnostic différentiel

« V grippal »

Microbiologie

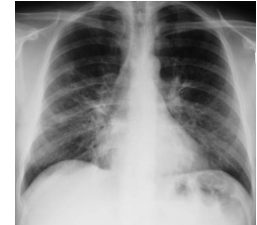
ECBC, hémocultures

Autres causes de pneumonie aiguë communautaire

Chlamydiae pneumoniae

Cf. *Mycoplasma pneumoniae*

Diagnostic : PCR nasopharyngée *Chlamydiae pneumoniae*



Chlamydiae psittaci

Contexte : Contact avec oiseaux

Présentation clinique : Signes extra-respiratoires fréquents

Diagnostic : Sérologie



Coxiella burnetii (fièvre Q)

Contexte :

- Exposition aux ovins, caprins, bovins
- Zone d'endémie (Guyane ++)

Présentation clinique :

- Début brusque avec fièvre élevée
- Signes extra-respiratoires fréquents (hépatite ++)

Diagnostic : Sérologie

► COXIELLA BURNETII, LA BACTÉRIE RESPONSABLE DE LA FIÈVRE Q



Prélèvements microbiologiques

Cas clinique n°5

Vous êtes médecin au SAU, et vous venez de diagnostic une pneumonie aiguë communautaire chez votre patient. Vous vous orientez vers une prise en charge ambulatoire.

Quels sont les examens microbiologiques recommandés de façon systématique ?

- A. ECBC
- B. PCR nasopharyngée triplex Grippe, SARS-CoV-2, VRS
- C. Antigénurie pneumocoque
- D. Hémocultures
- E. Aucun examen

Cas clinique n°5

Vous êtes médecin au SAU, et vous venez de diagnostic une pneumonie aiguë communautaire chez votre patient. Vous vous orientez vers une prise en charge ambulatoire.

Quels sont les examens microbiologiques recommandés de façon systématique ?

- A. ECBC
- B. PCR nasopharyngée triplex Grippe, SARS-CoV-2, VRS
- C. Antigénurie pneumocoque
- D. Hémocultures
- E. Aucun examen**

Cas clinique n°5

Vous êtes médecin au SAU, et vous venez de diagnostic une pneumonie aiguë communautaire chez votre patient. Vous vous orientez vers une prise en charge en hospitalisation conventionnelle.

Quels sont les examens microbiologiques recommandés de façon systématique, en contexte hivernal ?

- A. ECBC
- B. PCR nasopharyngée triplex Grippe, SARS-CoV-2, VRS
- C. Antigénurie pneumocoque
- D. Antigénurie légionnelle
- E. Aucun examen

Cas clinique n°5

Vous êtes médecin au SAU, et vous venez de diagnostic une pneumonie aiguë communautaire chez votre patient. Vous vous orientez vers une prise en charge en hospitalisation conventionnelle.

Quels sont les examens microbiologiques recommandés de façon systématique, en contexte hivernal ?

- A. ECBC
- B. PCR nasopharyngée triplex Grippe, SARS-CoV-2, VRS**
- C. Antigénurie pneumocoque
- D. Antigénurie légionnelle
- E. Aucun examen

Cas clinique n°5

Vous êtes médecin au SAU, et vous venez de diagnostic une pneumonie aiguë communautaire grave chez votre patient. Vous vous orientez vers une prise en charge en hospitalisation en soins intensifs.

Quels sont les examens microbiologiques recommandés de façon systématique, en contexte hivernal ?

- A. ECBC
- B. PCR nasopharyngée triplex Grippe, SARS-CoV-2, VRS
- C. Antigénurie pneumocoque
- D. Antigénurie légionnelle
- E. Hémocultures

Cas clinique n°5

Vous êtes médecin au SAU, et vous venez de diagnostic une pneumonie aiguë communautaire grave chez votre patient. Vous vous orientez vers une prise en charge en hospitalisation en soins intensifs.

Quels sont les examens microbiologiques recommandés de façon systématique, en contexte hivernal ?

- A. ECBC
- B. PCR nasopharyngée triplex Grippe, SARS-CoV-2, VRS**
- C. Antigénurie pneumocoque**
- D. Antigénurie légionnelle**
- E. Hémocultures**

Examens microbiologiques

En ambulatoire

Aucun examen systématique

PCR nasopharyngée SARS-CoV-2 ou triplex (Grippe, SARS-CoV-2, VRS) selon contexte épidémique, uniquement en cas de comorbidités nécessitant la prescription d'un traitement antiviral en cas de positivité

En hospitalisation conventionnelle

1. **Recherche d'infection virale** : PCR nasopharyngée SARS-CoV-2 ou triplex (Grippe, SARS-CoV-2, VRS) selon contexte épidémique
2. **Recherche d'infection bactérienne classique** :
 - ECBC en cas de sécrétions muco-purulentes (et surtout si antibiothérapie probabiliste non conventionnelle, antécédent de colonisation/infection respiratoire à SARM ou *P. aeruginosa*, antibiothérapie IV dans les 3 derniers mois, non réponse à 72h d'antibiothérapie)
 - **Hémocultures** en cas de doute diagnostique, chez l'immunodéprimé, et dans les situations identiques à celles de l'ECBC
3. **Recherche d'infection à germe atypique** : Antigénurie légionnelle et PCR nasopharyngée *M. pneumoniae* et *C. pneumoniae* si :
 - Signes de gravité
 - Non réponse à 72h de bêtalactamines
 - Situation à risque de légionnelle ou épidémie de mycoplasme ou signe évocateur extra-respiratoire

*En fonction des laboratoires, les PCR *M. pneumoniae* et *C. pneumoniae* peuvent parfois être remplacées par une PCR nasopharyngée multiplex*

Examens microbiologiques

En soins intensifs

1. Recherche d'infection virale :

- PCR nasopharyngée SARS-CoV-2 ou triplex (Grippe, SARS-CoV-2, VRS) selon contexte épidémique.
- +/- PCR nasopharyngée multiplex à discuter au cas par cas

2. Recherche d'infection bactérienne classique :

- Hémocultures
- Antigénurie pneumocoque
- Prélèvement respiratoire, en privilégiant les prélèvements profonds (à défaut ECBC)

3. Recherche d'infection à germe atypique :

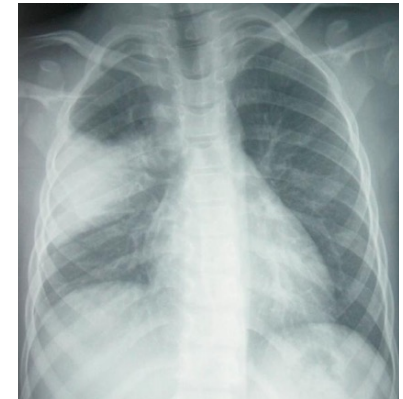
- Antigénurie légionelle
- PCR *M. pneumoniae* et *C. pneumoniae* ou PCR multiplex selon les centres

Prise en charge thérapeutique

Cas clinique n°6

Vous êtes médecin au Service d'Accueil des Urgences, et recevez Mr. C, un **patient de 66 ans sans antécédent**, autonome dans les activités de la vie quotidienne, pour une **toux fébrile sans expectoration évoluant depuis 3 jours associée à une douleur thoracique droite**.

- *Constantes* :
 - PA 125/8 mmHg, FC 75 bpm, **Température 38,5°C**.
 - **SpO2 98%**, Fréquence respiratoire au repos 14/min
- *Examen clinique* :
 - Absence de défaillance hémodynamique ni respiratoire.
 - Foyer de **crépitations du lobe supérieur droit**.
- *Imagerie* : Radiographie thoracique : **Condensation alvéolaire du lobe supérieur droit**
- *Bilan biologique* : **Syndrome inflammatoire isolé** (Leucocytes 15 G/L, CRP 150 mg/L)



Cas clinique n°6

Quelle orientation choisissez-vous chez ce patient ?

- A. Prise en charge ambulatoire
- B. Hospitalisation en secteur conventionnel
- C. Hospitalisation en soins intensifs

Cas clinique n°6

Quelle orientation choisissez-vous chez ce patient ?

- A. **Prise en charge ambulatoire**
- B. Hospitalisation en secteur conventionnel
- C. Hospitalisation en soins intensifs

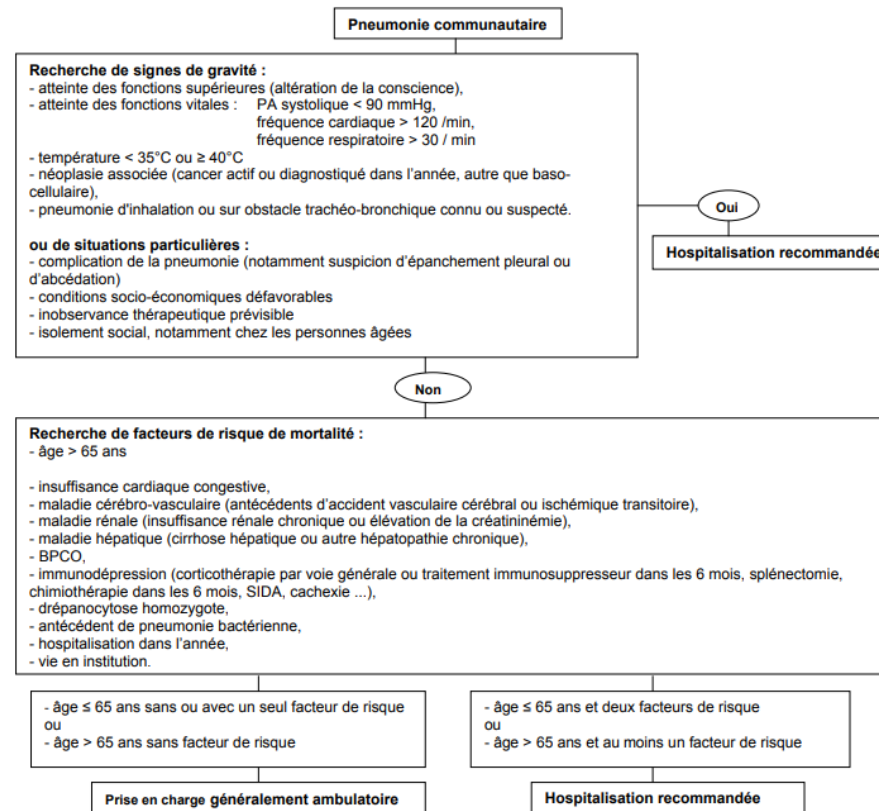
Choix de l'orientation

Quels sont les critères d'hospitalisation ?

L'algorithme décisionnel pour identifier le lieu de prise en charge ainsi que les scores de gravité n'ont pas été rediscutés : il convient donc pour cela de se reporter aux recommandations de 2010 [1].

<https://doi.org/10.1016/j.mmifmc.2025.01.065>

Figure 1 : Prise en charge en ambulatoire ou à l'hôpital des pneumonies communautaires



Le « bon sens » clinique du praticien tient compte de la nature des facteurs de risque et doit être déterminant, notamment en cas d'immunodépression.

Choix de l'orientation

Quels sont les critères d'admission en soins intensifs ?

Tableau 1 Définition d'une pneumonie aiguë grave si présence d'un critère majeur ou d'au moins 3 critères mineurs (selon ATS/IDSA) [86–90,131].

Critères majeurs	Choc septique Déresse respiratoire nécessitant recours à la ventilation mécanique
Critères mineurs	Fréquence respiratoire ≥ 30 cycles/min $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 250^*$ Infiltrats multilobaires (<i>i.e.</i> , ≥ 2) Confusion/désorientation Urée plasmatique $\geq 7,14$ mmol/L Leucopénie (leucocytes $< 4\,000/\text{mm}^3$) [†] Thrombocytopénie (plaquettes $< 100\,000/\text{mm}^3$) Hypothermie (température corporelle $< 36^\circ\text{C}$) Hypotension nécessitant une expansion volémique

* (FiO_2 estimée par la formule : $\text{FiO}_2 = 0,21 + 0,03 \times \text{débit O}_2$ (L/min) [132].

† Due à l'infection seule (*i.e.*, pas la chimiothérapie anticancéreuse).

Cas clinique n°6

Quelle antibiothérapie initiez-vous chez Mr. C, ce patient de 66 ans, sans antécédent ni allergie, présentant une PAC non grave prise en charge en ambulatoire ?

- A. Amoxicilline
- B. Amoxicilline-Acide clavulanique
- C. Ceftriaxone
- D. Macrolide
- E. Levofloxacin

Cas clinique n°6

Quelle antibiothérapie initiez-vous chez Mr. C, ce patient de 66 ans, sans antécédent ni allergie, présentant une PAC non grave prise en charge en ambulatoire ?

- A. Amoxicilline
- B. Amoxicilline-Acide clavulanique
- C. Ceftriaxone
- D. Macrolide
- E. Levofloxacin

Cas clinique n°6

Mr C. reconsulte à 72h pour une persistance de la fièvre malgré une antibiothérapie par amoxicilline. L'auscultation est inchangée.

En l'absence de critère de gravité, comment adaptez vous l'antibiothérapie ?

- A. Poursuite de l'amoxicilline
- B. Relais par amoxicilline-Acide clavulanique
- C. Relais par ceftriaxone
- D. Relais par un macrolide
- E. Relais par levofloxacin

Cas clinique n°6

Mr C. reconsulte à 72h pour une persistance de la fièvre malgré une antibiothérapie par amoxicilline. L'auscultation est inchangée.

En l'absence de critère de gravité, comment adaptez vous l'antibiothérapie ?

- A. Poursuite de l'amoxicilline
- B. Relais par amoxicilline-Acide clavulanique
- C. Relais par ceftriaxone
- D. Relais par un macrolide**
- E. Relais par levofloxacin

Prise en charge d'une PAC en ambulatoire

Tableau 5 Antibiothérapie probabiliste des PAC chez l'adulte en ambulatoire.

	1 ^{er} choix	Alternative
Sans comorbidité	Amoxicilline	Pristinamycine
Au moins une comorbidité*	Amoxicilline-acide clavulanique	C3G parentérale
Suspicion de co/surinfection bactérienne d'une infection virale (grippe)	Amoxicilline-acide clavulanique	C3G parentérale ou pristinamycine
Tableau évocateur d'infection ou mise en évidence de bactérie atypique	Macrolide	Pristinamycine ou doxycycline
Réévaluation à 72 h		

NB : La lévofloxacine est indiquée uniquement si allergie grave aux bêtalactamines et pas d'autre possibilité thérapeutique.

Tableau 3 Liste des comorbidités à considérer dans le choix d'une antibiothérapie probabiliste pour une PAC.

Comorbidités modifiant le choix d'antibiothérapie probabiliste pour une PAC
Hospitalisation dans les trois mois précédents
Antibiothérapie dans le mois précédent*
Éthylisme chronique
Troubles de la déglutition
Maladie neurologique sévère avec risque de fausses routes**
Néoplasie active
Immunodépression***
BPCO sévère (VEMS < 50 % de la théorique) ou insuffisance respiratoire chronique (OLD ou VNI)
Insuffisance cardiaque congestive
Insuffisance hépatique
Insuffisance rénale chronique (DFG < 30 mL/min)



L'âge sans comorbidité n'est pas un critère à prendre en compte.



Nécessité d'élargir le spectre

Prise en charge d'une PAC en ambulatoire

En cas d'échec ?

```
graph LR; A[En cas d'échec ?] --> B["- En cas d'échec de l'antibiothérapie de première ligne par bêtalactamine : relais par un macrolide lors de la réévaluation à H72 (Grade C-1) ;  
- En cas d'échec de l'antibiothérapie par macrolide : relais par bêtalactamine (amoxicilline ou amoxicilline-acide clavulanique ou C3G injectable selon la présence de comorbidités) lors de la réévaluation à H72 (Grade C-1)."]; A --> C["Contrôle de l'imagerie thoracique pour recherche de complications (pleurésie, abcès)"];
```

- En cas d'échec de l'antibiothérapie de première ligne par bêtalactamine : relais par un macrolide lors de la réévaluation à H72 (**Grade C-1**) ;
- En cas d'échec de l'antibiothérapie par macrolide : relais par bêtalactamine (amoxicilline ou amoxicilline-acide clavulanique ou C3G injectable selon la présence de comorbidités) lors de la réévaluation à H72 (**Grade C-1**).

Contrôle de l'imagerie thoracique pour recherche de complications (pleurésie, abcès)

Cas clinique n°7

Vous êtes médecin au Service d'Accueil des Urgences, et recevez Mr. L, un **patient de 66 ans, insuffisant cardiaque chronique**, pour une **toux fébrile associée à des expectorations purulentes évoluant depuis 3 jours associée à une douleur thoracique droite**.

- *Constantes* :
 - PA 125/8 mmHg, FC 75 bpm, **Température 38,5°C**.
 - **SpO2 93% en air ambiant**, Fréquence respiratoire au repos 22/min
- *Examen clinique* :
 - Foyer de **crépitations du lobe supérieur droit**.
- *Imagerie* : Radiographie thoracique : **Condensation alvéolaire du lobe supérieur droit**
- *Bilan biologique* : **Syndrome inflammatoire isolé** (Leucocytes 22 G/L, CRP 250 mg/L)



Cas clinique n°7

**Mr, L va être hospitalisé en secteur conventionnel et est sous 2L d'O2 aux lunettes.
Quelle antibiothérapie initiez-vous, en sachant que Mr L est allergique à la pénicilline.**

- A. Amoxicilline
- B. Amoxicilline-Acide clavulanique
- C. C3G parentérale
- D. Macrolide
- E. C3G parentérale + macrolide

Cas clinique n°7

Mr, L va être hospitalisé en secteur conventionnel et est sous 2L d'O2 aux lunettes.
Quelle antibiothérapie initiez-vous, en sachant que Mr L est allergique à la pénicilline.

- A. Amoxicilline
- B. Amoxicilline-Acide clavulanique
- C. C3G parentérale**
- D. Macrolide
- E. C3G parentérale + macrolide

Prise en charge d'une PAC en hospitalisation conventionnelle

Tableau 6 Antibiothérapie probabiliste des PAC non graves chez l'adulte hospitalisé.

	1 ^{er} choix	Alternative
Sans comorbidités	Amoxicilline	C3G parentérale
Avec comorbidités	Amoxicilline-acide clavulanique	
Suspicion de co/surinfection bactérienne d'une infection virale (grippe)	Amoxicilline-acide clavulanique	
Tableau évocateur d'infection à bactérie atypique	Macrolide	Lévofoxacine*
Réévaluation à 72 h		

Réévaluation à 72 h et désescalade en fonction de l'évolution clinique et des examens microbiologiques.

* Lévofoxacine : uniquement si allergie grave aux bêtalactamines ou si contre-indication aux macrolides en cas de suspicion de bactérie atypique.

Tableau 3 Liste des comorbidités à considérer dans le choix d'une antibiothérapie probabiliste pour une PAC.

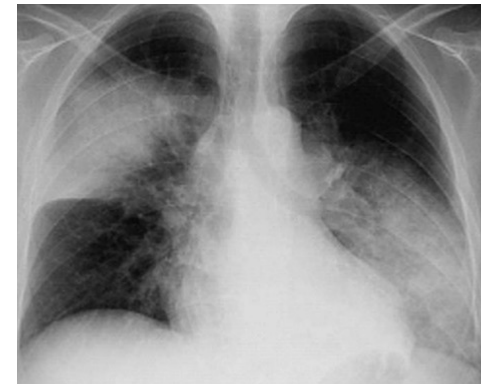
Comorbidités modifiant le choix d'antibiothérapie probabiliste pour une PAC
Hospitalisation dans les trois mois précédents
Antibiothérapie dans le mois précédent*
Éthylisme chronique
Troubles de la déglutition
Maladie neurologique sévère avec risque de fausses routes**
Néoplasie active
Immunodépression***
BPCO sévère (VEMS < 50 % de la théorique) ou insuffisance respiratoire chronique (OLD ou VNI)
Insuffisance cardiaque congestive
Insuffisance hépatique
Insuffisance rénale chronique (DFG < 30 mL/min)

Au cours des PAC non graves, une bithérapie probabiliste associant bêtalactamine et macrolide ou fluoroquinolone n'est pas recommandée (monothérapie par macrolide si suspicion de bactérie atypique, notamment *L. pneumophila*) (Grade A-1) ;

Cas clinique n°8

Vous êtes médecin au Service d'Accueil des Urgences, et recevez Mr. M, un **patient de 57 ans, sans antécédent**, pour une **détresse respiratoire aiguë fébrile**.

- *Constantes* :
 - PA 95/65 mmHg, FC 115 bpm, **Température 39,5°C**.
 - **SpO2 88% en air ambiant**, Fréquence respiratoire 33/min
- *Examen clinique* :
 - Foyer de **crépitations bilatéraux**
- *Imagerie* : Radiographie thoracique : **Condensations alvéolaires bilatérales**
- *Bilan biologique* :
 - **Syndrome inflammatoire** (Leucocytes 22 G/L, CRP 250 mg/L)
 - **Insuffisance rénale aiguë** et **cytolyse hépatique 3N**



Cas clinique n°8

Quelle antibiothérapie débutez-vous avant le transfert en soins intensifs ?

- A. C3G parentérale en monothérapie
- B. Amoxicilline - Acide clavulanique
- C. Bithérapie C3G parentérale + macrolides
- D. Bithérapie C3G parentérale + levofloxacine
- E. Trithérapie C3G parentérale + macrolides + linézolide

Cas clinique n°8

Quelle antibiothérapie débutez-vous avant le transfert en soins intensifs ?

- A. C3G parentérale en monothérapie
- B. Amoxicilline - Acide clavulanique
- C. Bithérapie C3G parentérale + macrolides**
- D. Bithérapie C3G parentérale + levofloxacin
- E. Trithérapie C3G parentérale + macrolides + linezolid

Prise en charge d'une PAC grave

Tableau 8 Antibiothérapie probabiliste des PAC graves chez l'adulte hospitalisé.

	Molécule(s)	Allergie/alternative
Initiale	C3G parentérale + macrolide	Lévofoxacine (uniquement si allergie contre-indiquant l'utilisation de bêtalactamine)
Désescalade	La plus précoce possible selon l'évolution clinique et la documentation microbiologique	

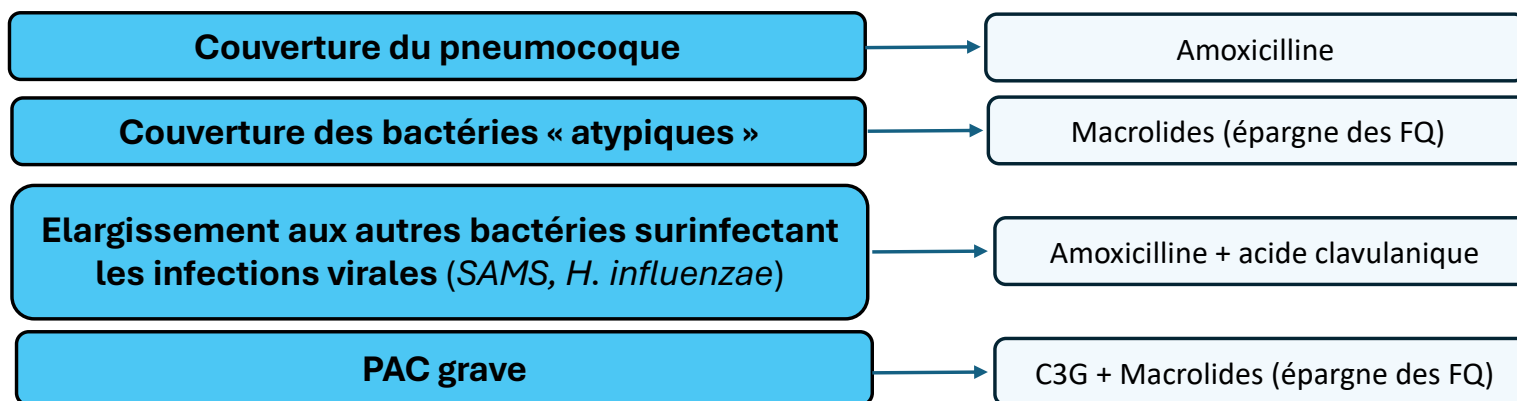
Hémisuccinate d'hydrocortisone (HSHC) 200 mg/jour, à débiter dans les 24h

Uniquement dans la PAC hospitalisée grave

Au cours des PAC graves hospitalisées en soins critiques, l'adjonction d'hémisuccinate d'hydrocortisone, débutée dans les 24 heures suivant l'apparition des signes de gravité et à la posologie de 200 mg par jour, avec une réévaluation au quatrième jour pour statuer sur la décroissance pour une durée totale de 8 à 14 jours, est recommandée en dehors d'un contexte de myélosuppression, de pneumonie d'inhalation ou d'étiologie grippale (Grade A-1).

Récapitulatif : Antibiothérapie

Antibiotique	<i>S. pneumoniae</i> (idem <i>S. pyogenes</i>)	<i>Legionella pneumophila</i>	<i>Mycoplasma pneumoniae</i> (idem <i>C. pneumoniae</i>)	SAMS	<i>Haemophilus influenzae</i>	Entérobactéries (PAC grave)
Amoxicilline	+++	-	-	-	+	-
Amoxicilline – Acide clavulanique	+++	-	-	++	++	+
C3G parentérale	+++	-	-	+	++	+++
Macrolides	20-30% de résistance	+++	+++	+	-	-
Levofloxacinine	++	+++	+++	+	+	+



Situations particulières

Colonisation ou antécédent d'infection à *Pseudomonas aeruginosa*

PAC non grave

Couverture en cas d'antécédent de colonisation ou d'infection < 1 an à *P. aeruginosa*

PAC grave

Couverture en cas d'antécédent de colonisation ou d'infection < 1 an à *P. aeruginosa*, ou en cas de facteur de risque : ATB IV < 3 mois, BPCO sévère, DDB et/ou trachéotomie

Quelle molécule ?

Tazocilline ou Céfépime (selon antibiogramme antérieur)

Colonisation ou antécédent d'infection à une autre bactérie (SARM, *Enterobacter cloacae*, etc.)

Avis infectiologique

Suspicion de PAC grave à *S. aureus* sécréteur de la leucocidine de Panton-Valentine (PVL)

Présentation clinique évocatrice : Hémoptysie, rash cutanée, fièvre élevée

Présentation biologique évocatrice : Leucopénie

Présentation scanographique évocatrice : Nodules multiples, images excavées



	Molécule(s)
Initiale (probabiliste)	C3G parentérale (céfotaxime ou ceftriaxone) + macrolide + linézolide

Durée d'antibiothérapie

Vous êtes médecin au SAU, et vous venez de diagnostic une pneumonie aiguë communautaire non grave chez votre patient. Vous vous orientez vers une prise en charge en ambulatoire.

Quelle durée d'antibiotique préconisez vous ?

- A. 3 jours
- B. 5 jours
- C. 7 jours
- D. Ça dépend

Durée d'antibiothérapie

Vous êtes médecin au SAU, et vous venez de diagnostic une pneumonie aiguë communautaire non grave chez votre patient. Vous vous orientez vers une prise en charge en ambulatoire.

Quelle durée d'antibiotique préconisez vous ?

- A. 3 jours
- B. 5 jours
- C. 7 jours
- D. Ça dépend**

Durée d'antibiothérapie

Nouveauté 2025

Prise en charge ambulatoire ou hospitalisation en secteur conventionnel

Tableau 11 Critères de stabilité clinique au cours des PAC [136]

Critères de stabilité clinique	Valeurs
Température	$\leq 37,8^{\circ}\text{C}$
Pression artérielle systolique	$\geq 90\text{ mmHg}$
Fréquence cardiaque	$\leq 100/\text{min}$
Fréquence respiratoire	$\leq 24/\text{min}$
SpO ₂	$\geq 90\%$ en air ambiant
ou PaO ₂	$\geq 60\text{ mmHg}$ en air ambiant

PAC avec critères de stabilité à J3

3 jours (A1)

PAC avec critères de stabilité entre J3 et J5

5 jours (B1)

PAC avec critères de stabilité entre J5 et J7
(rechercher une complication +++)

7 jours (A1)

Un traitement supérieur à 7 jours doit être argumenté



Durée raccourcie à 3 jours uniquement en cas de consultation médicale possible à J3 :

→ Prescrire 5 jours semble raisonnable en ambulatoire

Patient **immunodéprimé** (asplénie, neutropénie, hypogammaglobulinémie, greffé, corticothérapie, VIH, cirrhose CHILD C, myélome, lymphome)

PAC grave

7 jours

Cas clinique bonus

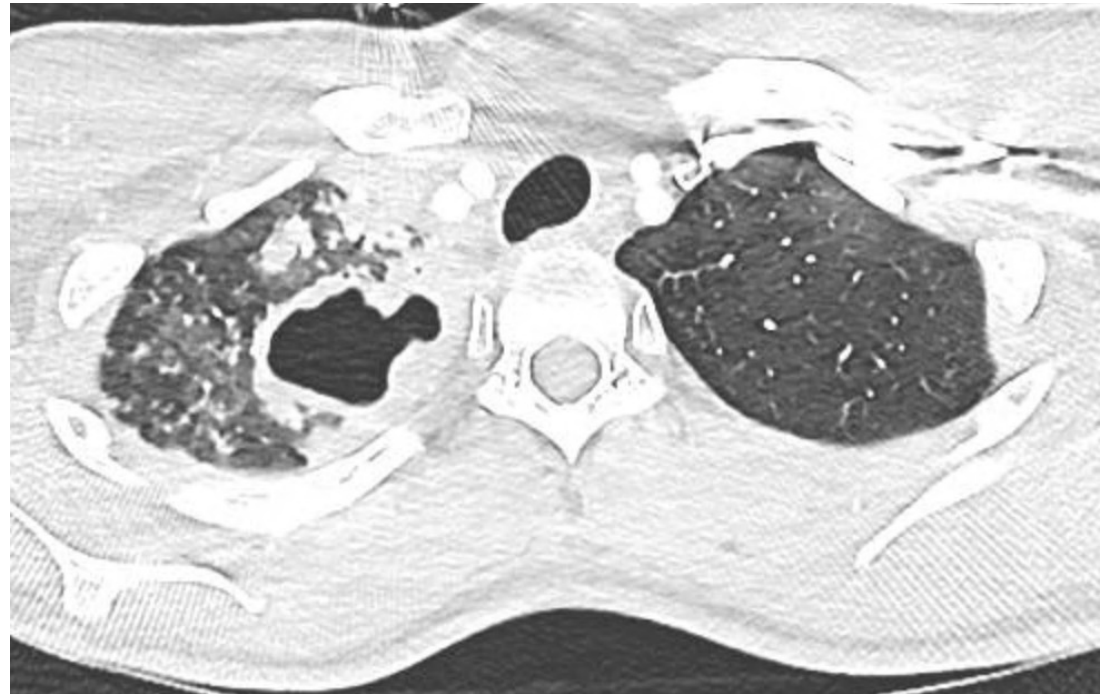
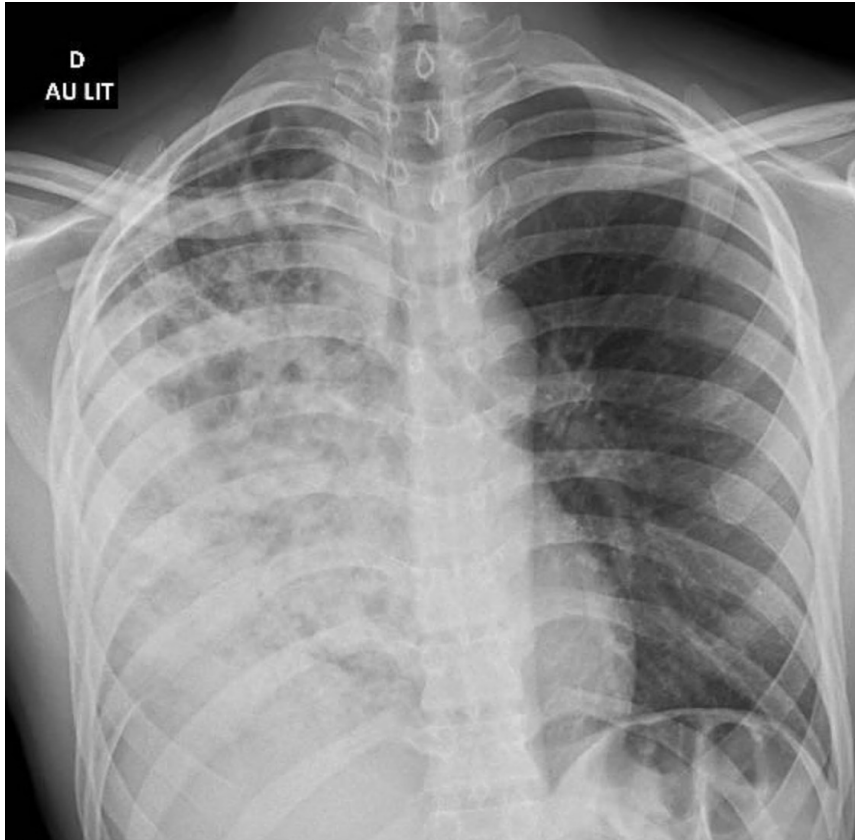
Cas clinique n°9

Vous êtes médecin au Service d'Accueil des Urgences, et recevez Mr. D, un **patient de 23 ans, sans antécédent**, pour **toux fébrile évoluant depuis 2 mois**.

A l'interrogatoire, vous retrouvez une perte de 10 kg et des sueurs nocturnes.

- *Constantes* :
 - PA 125/70 mmHg, FC 90 bpm, **Température 39°C**.
 - SpO2 97% en air ambiant, Fréquence respiratoire 14/min
- *Examen clinique* : **Diminution du murmure vésiculaire de l'hémichamp droit**
- *Bilan biologique* :
 - **Syndrome inflammatoire modéré** (CRP 85 mg/L)
 - Albumine 29 g/L

Cas clinique n°9



Quel diagnostic évoquez-vous ?

Tuberculose pulmonaire

Contexte

Facteurs de risque : Originaire de zone d'endémie, précarité sociale, dénutrition, immunodépression (VIH +++, diabète), contagé

Clinique

Installation en
plusieurs
semaines à mois

- **Signes respiratoires** : Toux, expectorations +/- hémoptysie
- **Signes généraux** :
 - Fièvre élevée (prédominance vespérale), sueurs nocturnes
 - AEG : Asthénie, anorexie, perte de poids
- **+/- signes extra-respiratoires si autre localisation associée**

Biologie

Syndrome inflammatoire biologique inconstant
Lymphopénie fréquente, stigmates de dénutrition

Imagerie

Infiltrats des **sommets** uni ou bilatéraux, évocateurs si **excavés**
Caverne unique ou multiple

Microbiologie

Prélèvements d'expectoration (« BK crachats ») : Examen direct et culture
Pas d'ECBC standard !!

Traitement

Quadrithérapie (ou trithérapie) **anti-BK** : RIFAMPICINE, ISONIAZIDE, PYRAZINAMIDE +/- ETHAMBUTOL

Isolement air



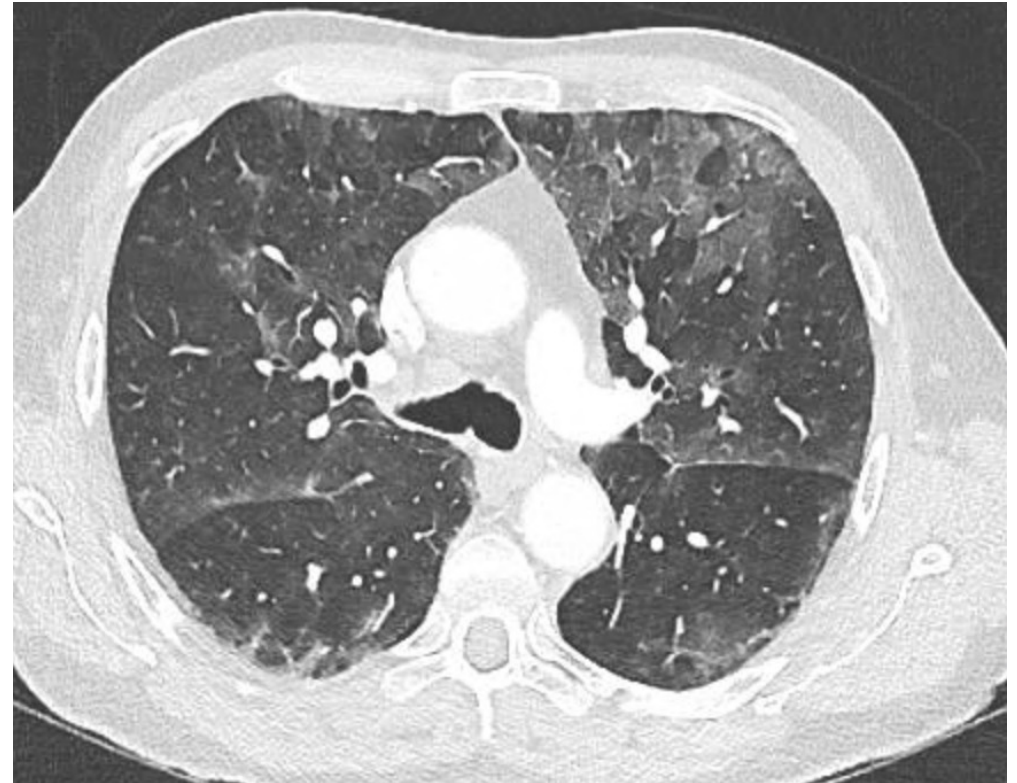
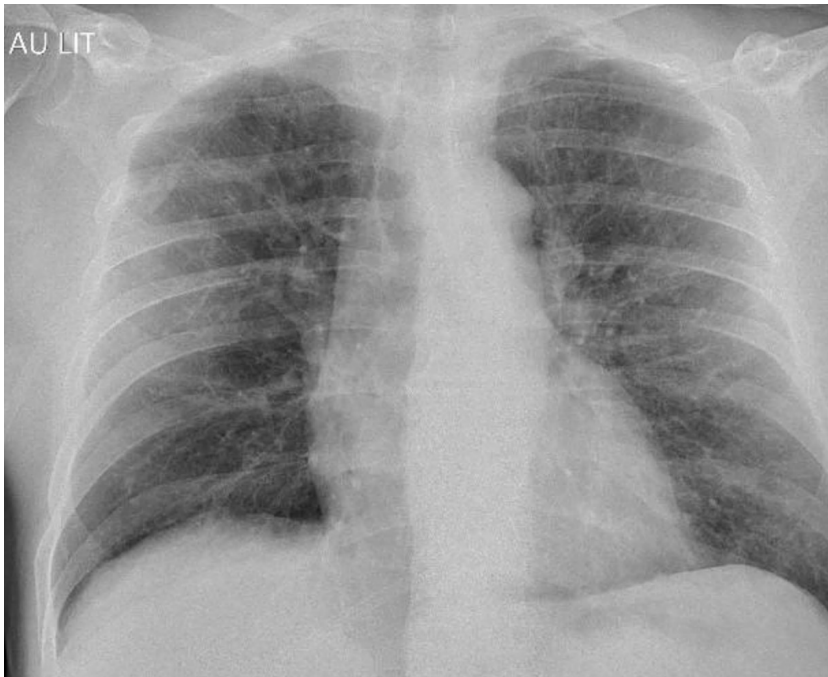
Cas clinique n°10

Vous êtes médecin au Service d'Accueil des Urgences, et recevez Mr. D, un **patient de 22 ans, originaire d'Afrique centrale**, pour une **toux sèche** et une **dyspnée d'effort fébrile évoluant depuis plusieurs semaines**.

A l'interrogatoire, vous retrouvez une AEG sans sueurs nocturnes.

- *Constantes* :
 - PA 125/70 mmHg, FC 90 bpm, **Température 38,5°C**.
 - SpO2 96% en air ambiant, **Fréquence respiratoire 22/min**
 - **Contrôle de la SpO2 à l'effort : 92% en air ambiant**.
- *Examen clinique* : Absence d'anomalie
- *Bilan biologique* : Syndrome inflammatoire très modéré (CRP 15 mg/L)

Cas clinique n°10



Quel diagnostic évoquez-vous ?

Pneumocystose pulmonaire

Contexte	Immunodépression : VIH ++ (CD4 < 200/mm ³), transplantation d'organe solide, chimiothérapie, cirrhose...
Clinique <u>Installation en plusieurs semaines (plus rapide chez le non VIH)</u>	<ul style="list-style-type: none">• Signes respiratoires : Toux sèche puis dyspnée d'effort• Signes généraux : Fièvre• Absence de signe extra-respiratoire <p><i>Dissociation clinico-biologique : Gaz du sang ++</i></p>
Biologie	Syndrome inflammatoire modéré
Imagerie	Syndrome interstitiel ou alvéolo-interstitiel bilatéral Absence d'adénopathie, absence de d'épanchement pleural
Microbiologie	<ul style="list-style-type: none">• Mise en évidence de <i>Pneumocystis jirovecii</i> sur prélèvement respiratoire (LBA ou expectoration induite) : Examen direct, PCR <i>P. jirovecii</i>• Bêta-D-glucane dans le sang
Traitement	COTRIMOXAZOLE à forte posologie

Isolement gouttelette
(risque de transmission chez l'immunodéprimé)



Conclusion : Pneumonie aiguë communautaire

- **Diagnostic :**
 - Diagnostic radio-clinique, scanner thoracique non systématique
 - Pensez à rechercher les signes biologiques extra-respiratoires !
- **Agents infectieux responsables de PAC :**
 - PAC grave : Pneumocoque (début brutal) et légionelle (signes extra-respiratoires)
- **Examens microbiologiques :**
 - A adapter à la gravité et à la présentation clinico-biologique
- **Prise en charge :**
 - Variable selon la gravité : Ambulatoire, hospitalisation conventionnelle, soins intensifs
 - Bithérapie rare
 - Durée individualisée selon l'évolution



Pneumonies d'inhalation

**Recommandations pour la prise en charge
des pneumonies d'inhalation – Société de
Pathologie Infectieuse de Langue Française
2025**

**Aspiration pneumonia guidelines – Société de Pathologie
Infectieuse de Langue Française 2025**

<https://doi.org/10.1016/j.mmifmc.2025.03.009>

Diagnostic

Diagnostic de PI: (1) + (2)

(1) Diagnostic positif de pneumonie

- Signes cliniques d'infection respiratoire aigüe basse
- +
- Infiltrat(s) radiologique(s) nouveau(x).

(2) Diagnostic étiologique présomptif d'inhalation

- Troubles de déglutition ou inhalation
- ou
- Atteinte clinico-radiologique décline en présence de facteur(s) de risque d'inhalation

- Le tableau respiratoire aigu immédiatement secondaire à une fausse route (pneumopathie chimique) ne répond pas à la définition de PI.

➤ Il est recommandé de réaliser :

- En priorité un scanner thoracique sans injection
- A défaut, une échographie pulmonaire
- Radiographie thoracique uniquement en cas de difficultés d'accès au scanner et à l'échographie

- Aucun examen complémentaire bactériologique systématique n'est recommandé
- Pour rappel, Il est recommandé en période épidémique, de réaliser un test diagnostic à la recherche des virus Influenza A/B, du VRS et du SARS-CoV-2

Traitement

Antibiothérapie

- Traitement de première intention :
 - **amoxicilline - ac. clavulanique** PO ou IV
- Impossibilité d'utiliser la voie orale et IV :
 - ceftriaxone SC en monothérapie
- Si allergie :
 - Allergie à la pénicilline sans contre-indication à l'utilisation des C3G : ceftriaxone IV ou SC en monothérapie
 - Contre-indication aux bétalactamines : cotrimoxazole PO ou IV

Il est recommandé de ne pas associer le métronidazole

Durée de l'antibiothérapie

- **5 jours en cas d'évolution clinique favorable.**

L'évolution clinique favorable est évaluée à 72 heures par la présence de tous les critères de stabilité clinique suivants :

- ✓ Une température $\leq 37^{\circ} 8$ C
- ✓ TA systolique ≥ 90 mm Hg
- ✓ Fréquence cardiaque ≤ 100 /min
- ✓ Fréquence respiratoire ≤ 24 /min
- ✓ SpO2 ≥ 90 % ou PaO2 ≥ 60 mm Hg en air ambiant

La persistance de la toux n'est pas un critère de non-amélioration

Où trouver les recommandations ?



The screenshot shows the website interface for INFECTIOLOGIE.com. At the top, there is a navigation bar with links for 'ACCÈS MEMBRES', 'Recherche', and a search icon. Below this, a main menu includes 'Infectiologie', 'Groupes de travail', 'Documents', 'Formation', and 'Congrès et Réunions'. The 'Documents' menu is expanded, showing three categories: 'RECOMMANDATIONS', 'ANTIBIOTIQUES', and 'ACTUALITÉS'. Under 'RECOMMANDATIONS', the sub-menu 'Diaporamas des recommandations' is highlighted. On the left side of the page, there is a sidebar with the SPILF logo and a 'Recommandations' dropdown menu, which also has 'Diaporamas des recommandations' selected.

Diaporamas des recommandations

- Pneumopathie d'inhalation SPILF/SFGG **2025**
- Pneumonies communautaires: recommandations SPILF/SPLF **2025**

En cas de situations particulières

Avis infectiologique

