Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille

INFECTIODPC

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
13 & 14 octobre 2026

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**

Qualiopi
processus certifié
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

INFECTIODPC

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 **crépitants 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

Clinique

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

Imagerie : Non recommandée

Si réalisée : Normale

Pneumonie

Inflammation aiguë du parenchyme d'origine virale ou bactérienne

Clinique

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

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

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

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

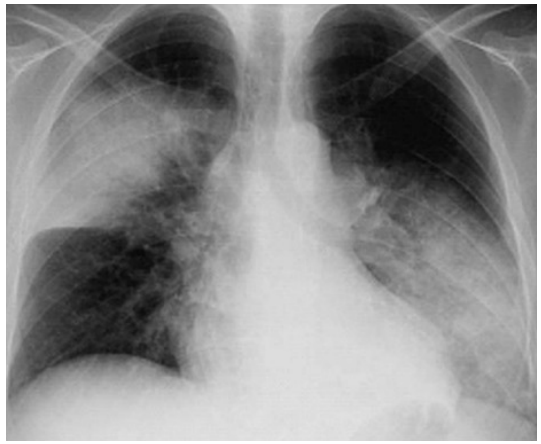
- Doute diagnostique
- Patient immunodéprimé
- Mauvaise évolution à 72h

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

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 **crépitants bilatéraux.**

- *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)

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

Biologie

Pourquoi rechercher des signes biologiques extra-respiratoires ?

	PAC à *Mycoplasma pneumoniae*	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	Jeune > âgé	Comorbidités, immunodépression
Clinique	- Progressif : tableau de toux fébrile trainante, signes respiratoires hauts - Signes extra-respiratoires : cutanéo-muqueux, digestifs, neurologiques (céphalées), myalgies, arthralgies	- 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

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

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.**

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
		12	µmol/l
(Colorimétrie diazo, ROCHE)			
LDH (Enzymatique IFCC, ROCHE)	↑	**1154**	U/l
TGO (Colorimétrie IFCC avec PP, ROCHE)	⇑	**2191**	UI/l
TGP (Colorimétrie IFCC avec PP, ROCHE)	⇑	**907**	UI/l
Phosphatases alcalines (Colorimétrie IFCC, ROCHE)		86	UI/l
GGT (Colorimétrie SZASZ, ROCHE)	⇑	**232**	U/l
CPK (Colorimétrie IFCC, ROCHE)	↑	**213**	U/l
C Réactive Protéines (Turbidimétrie, ROCHE)		332	mg/l

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 **crépitants bilatéraux.**
- Radiographie thoracique : **Condensations alvéolaires bilatérales**

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*

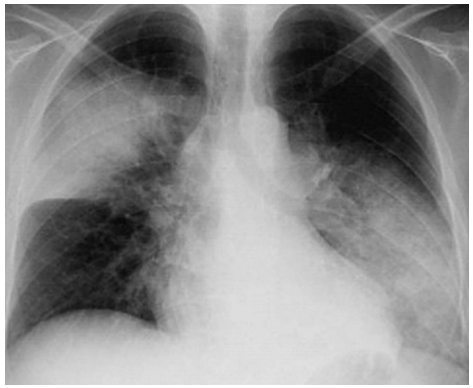
Légionelle

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 <u>2-3 jours</u>	• **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** (sérotype 1) <u>Si antigénurie négative et PAC grave</u> : PCR légionelle et culture spécifique sur prélèvement respiratoire profond

A retenir

Pneumonie + signe neurologique
→ Évoquer une légionelle



Pneumocoque

Pourvoyeur de PAC grave !

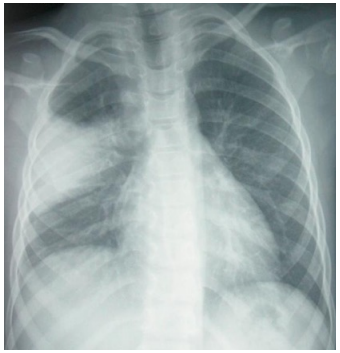
Terrain	**Comorbidités** (notamment consommation éthylique) **Immunodépression** (en premier lieu *PVVIH* et *hypogammaglobulinémie*)

Clinique
 	
Installation <u>brutale</u>
	• **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** <u>Si PAC grave</u> : Antigénurie pneumocoque

A retenir

Pneumonie = Pneumocoque jusqu'à preuve du contraire, <u>sauf si installation chronique des symptômes</u> (attention immunodéprimé)



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	UI/l
(Colorimétrie IFCC avec PP, ROCHE)			
TGP	↑	**65**	UI/l
(Colorimétrie IFCC avec PP, ROCHE)			
Phosphatases alcalines		107	UI/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** : - Cutanéo-muqueux ++ (MIRM) - Digestifs - Myalgies, arthralgies
Biologie Signes extra-respiratoires ++	**Syndrome inflammatoire biologique +/- important** **Signes extra-respiratoire quasiment systématiques :** Anémie hémolytique, IRA, augmentation CPK, cytolyse hépatique
Imagerie	Opacités **interstitielles** (plus rarement opacités alvéolaires)
Microbiologie	PCR nasopharyngée ***Mycoplasma pneumoniae***

A retenir

Pneumonie + signes extra-respiratoire + 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

Quel micro-organisme sont imputables dans ce tableau clinique ?

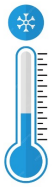
A. *Streptococcus pneumoniae*
B. *Legionella pneumophila*
C. *Haemophilus influenzae*
D. *Staphylococcus aureus*
E. *Streptococcus pyogenes*

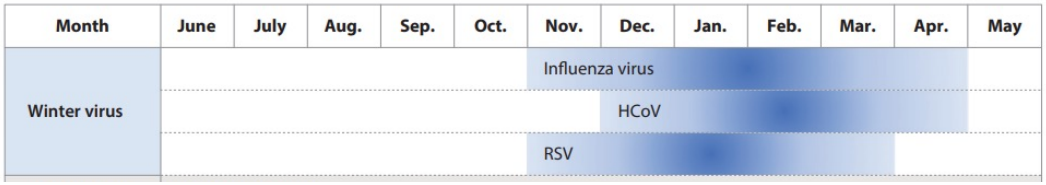
Cas clinique n°4

Quel micro-organisme 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





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 psitacii

Contexte : Contact avec oiseaux
Présentation clinique : Signes extra-respiratoires fréquents
Diagnostic : Sérologie *Chlamydiae psitacii*

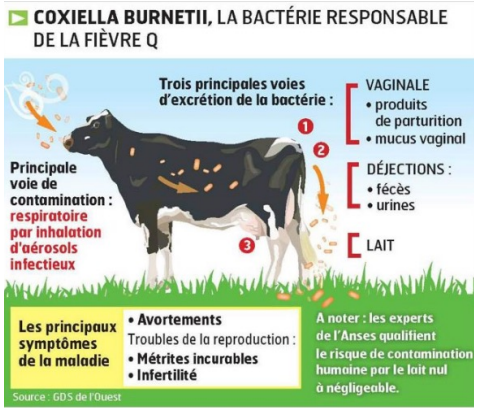


Coxiella burnetii **(fièvre Q)**

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

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

Diagnostic : Sérologie



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 conventionnel.

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 conventionnel.

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 pouvant justifier 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 légionelle 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

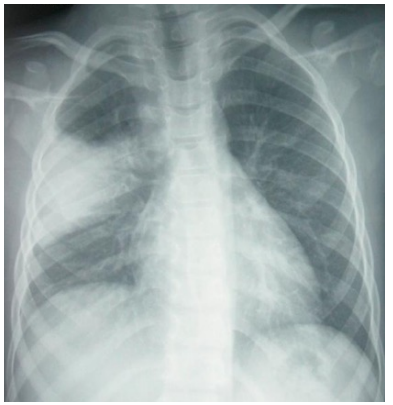
Protocole CHU Lille – Inspiré des recommandations SPILF/SPLF 2025

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 **crépitants 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

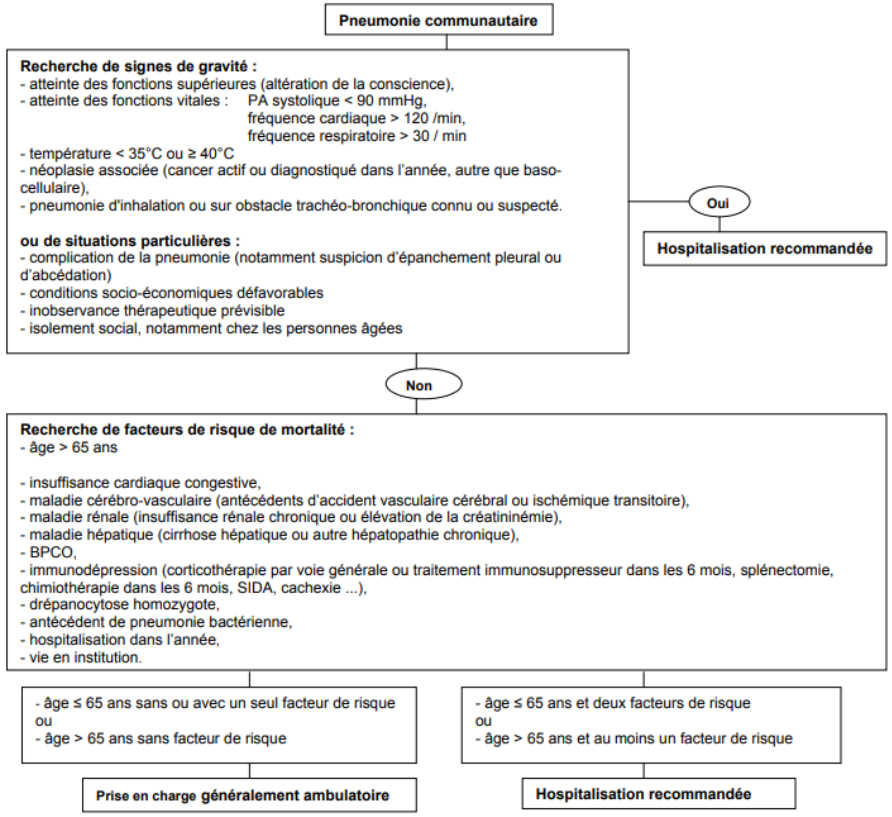
Choix de l'orientation

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.

Recommandations SPILF – SPLF – Afssaps 2010

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
	Détresse respiratoire nécessitant recours à la ventilation mécanique
Critères mineurs	Fréquence respiratoire $\geq$ 30 cycles/min
	$PaO_2/FIO_2 \leq 250$*
	Infiltrats multilobaires (*i.e.*, $\geq$ 2)
	Confusion/désorientation
	Urée plasmatique $\geq$ 7,14 mmol/L
	Leucopénie (leucocytes $<$ 4 000/mm^3)†
	Thrombocytopénie (plaquettes $<$ 100 000/mm^3)
	Hypothermie (température corporelle $<$ 36 °C)
	Hypotension nécessitant une expansion volémique

* (FiO_2 estimée par la formule : FiO_2 = 0,21 + 0,03 x débit O_2 (L/min) [132].

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

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

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. Levofloxacine

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. Levofloxacine

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 levofloxacine

Cas clinique n°6

Mr D. 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 levofloxacine

Prise en charge d'une PAC en ambulatoire

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

	1er 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

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

Prise en charge d'une PAC en ambulatoire

En cas d'échec ?

- 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)

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

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 125/80 mmHg, FC 75 bpm, **Température 38,5°C**.
  - **SpO2 93% en air ambiant**, Fréquence respiratoire au repos 22/min



- *Examen clinique* :
  - Foyer de **crépitants 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.

	1er 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	Lévofloxacine*
Réévaluation à 72 h		

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

* Lévofloxacine : 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)

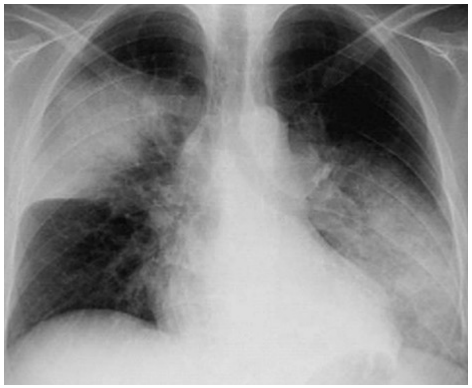
Au cours des PAC non graves, une bithérapie probabiliste associant bêtalactamine et macrolide ou fluoroquinolone n'est pas recommandée (monothérapie par macrolide si suspicion de bactérie atypique, notamment *L. pneumophila*) (**Grade A-1**) ;

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

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 **crépitants 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 + levofloxacine
E. Trithérapie C3G parentérale + macrolides + linezolide

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	Lévofloxacine (uniquement si allergie contre-indiquant l'utilisation de bêtalactamine)
Désescalade	La plus précoce possible selon l'évolution clinique et la documentation microbiologique	

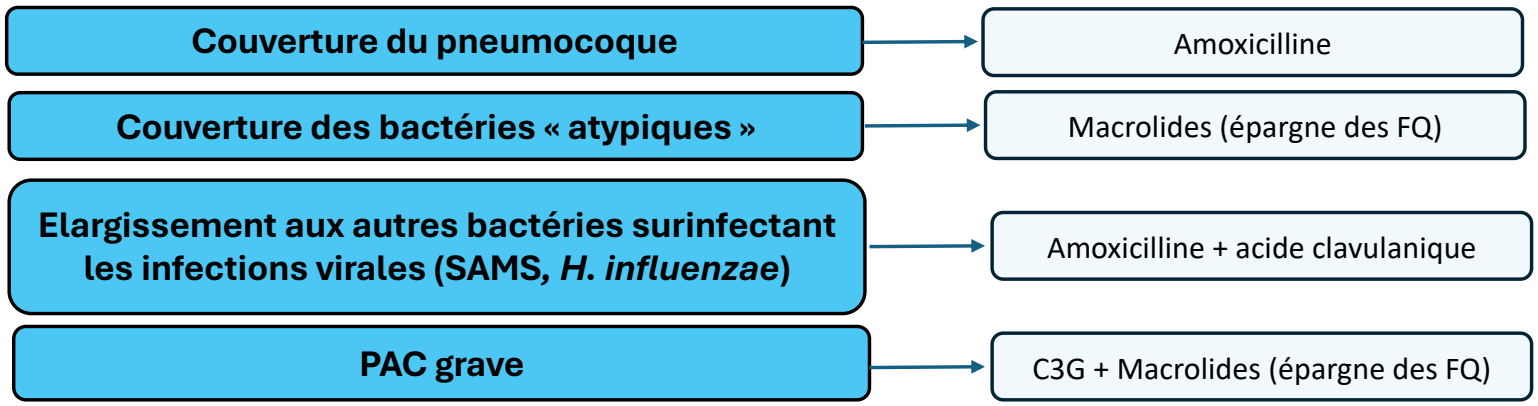
Hémisuccinate d'hydrocortisone (HSHC) 200 mg/jour, à débuter dans les 24h
Uniquement dans la PAC hospitalisée grave

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**).

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

Récapitulatif : Antibiothérapie

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



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 <u>grave</u> 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

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

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	≤ 37,8 °C
Pression artérielle systolique	≥ 90 mmHg
Fréquence cardiaque	≤ 100/min
Fréquence respiratoire	≤ 24/min
SpO_2 ou PaO_2	≥ 90 % en air ambiant ≥ 60 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**

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

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.**

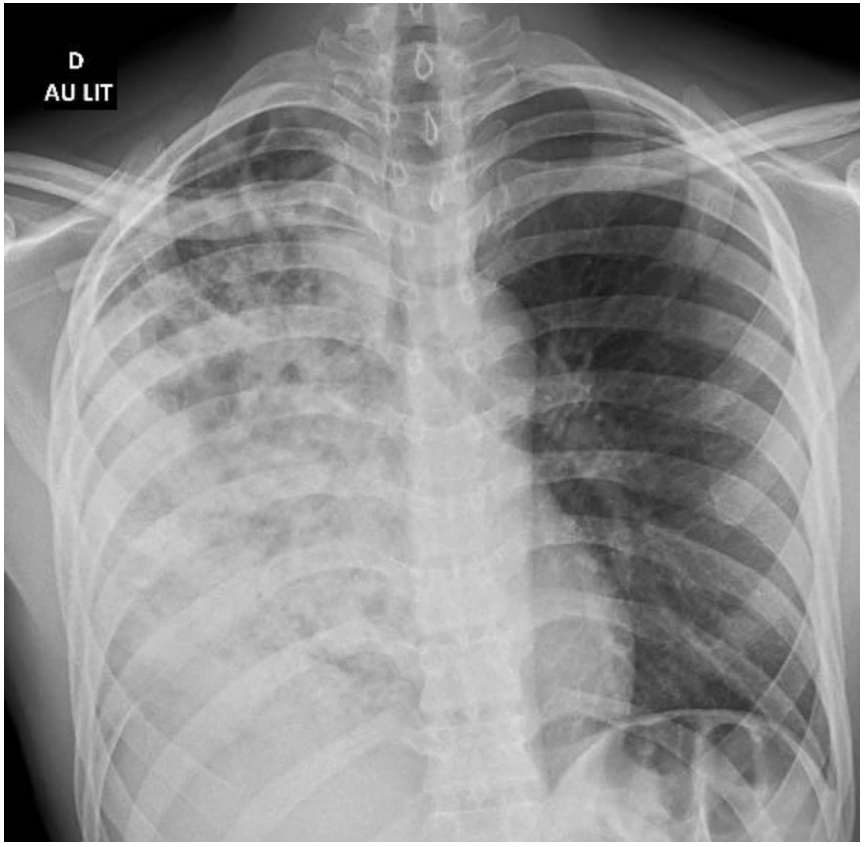
A l'interrogatoire, vous retrouvez une perte de 10 kg et des sueurs nocturnes.

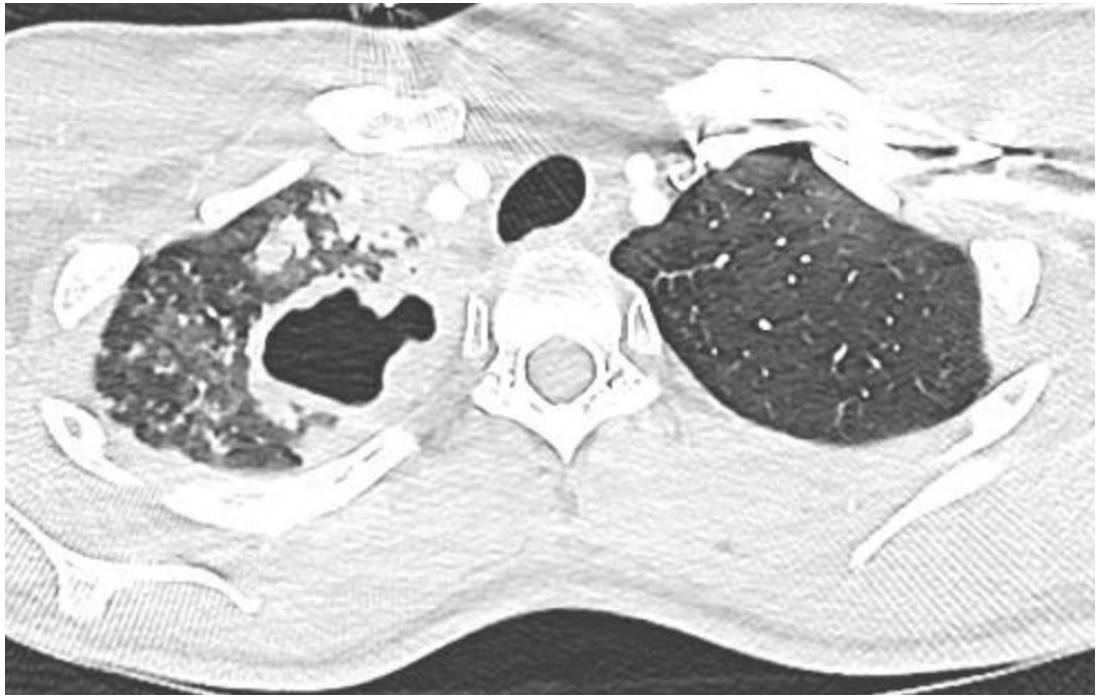
- *Constantes* :
  - PA 125/70 mmHg, FC 90 bpm, **Température 39°C**.
  - SpO2 97% en air ambiant, Fréquence respiratoire 14/min

- *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), contage

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.**

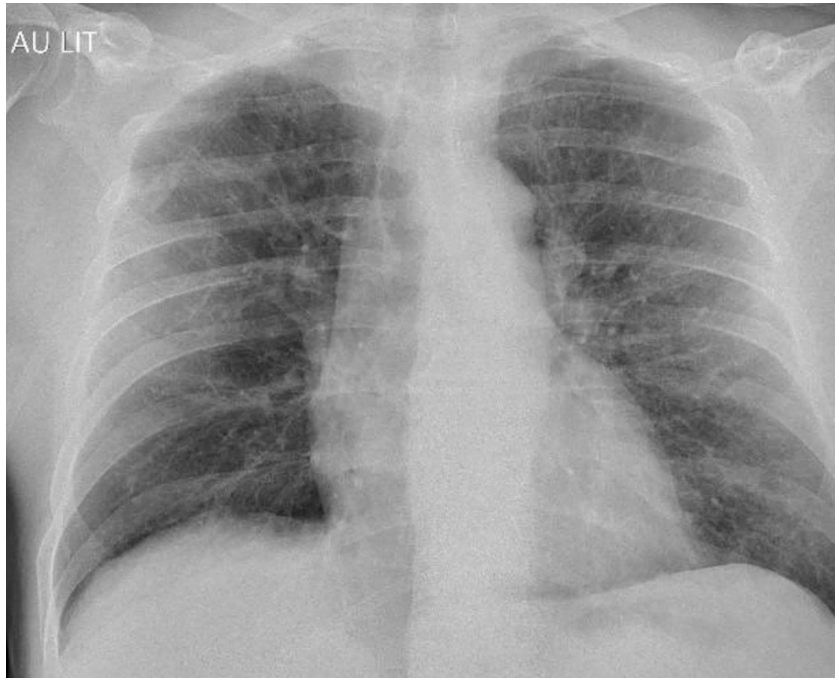
A l'interrogatoire, vous retrouvez une AEG sans sueurs nocturnes.

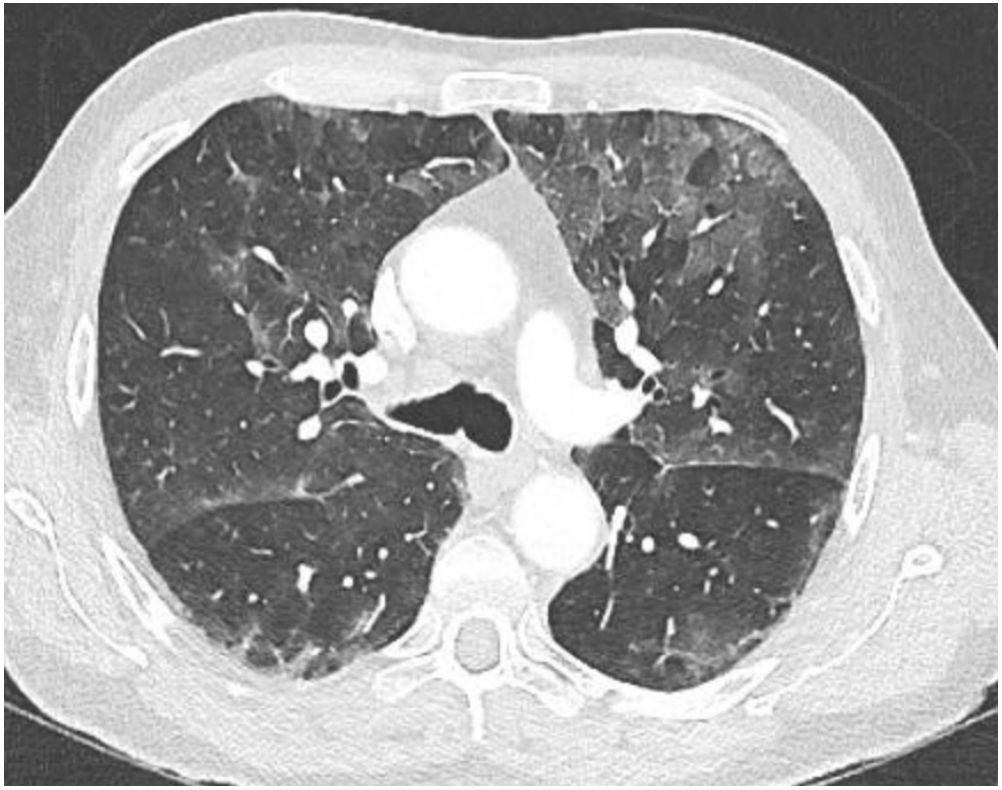
- *Constantes* :
  - PA 125/70 mmHg, FC 90 bpm, **Température 38,5°C**.
  - SpO2 96% en air ambiant, **Fréquence respiratoire 22/min**
  - **Contrôle de la SpO2 à l'effort : 92% en air ambiant.**

- *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 Installation en plusieurs semaines (plus rapide chez le non VIH)	• **Signes respiratoires :** Toux sèche puis dyspnée d'effort • **Signes généraux :** Fièvre • **Absence de signe extra-respiratoire** *Dissociation clinico-biologique : Gaz du sang ++*
Biologie	Syndrome inflammatoire modéré
Imagerie	**Syndrome interstitiel** ou **alvéolo-interstitiel bilatéral** Absence d'adénopathie, absence de d'épanchement pleural
Microbiologie	• **Mise en évidence de *Pneumocystis jirovecii* sur prélèvement respiratoire (LBA ou expectoration induite) :** Examen direct, PCR *P. jirovecii* • **Bêta-D-glucane dans le sang**
Traitement	**COTRIMOXAZOLE à forte posologie**

Isolement gouttelette
(risque de transmission chez l'immunodéprimé)



Cas clinique n°11

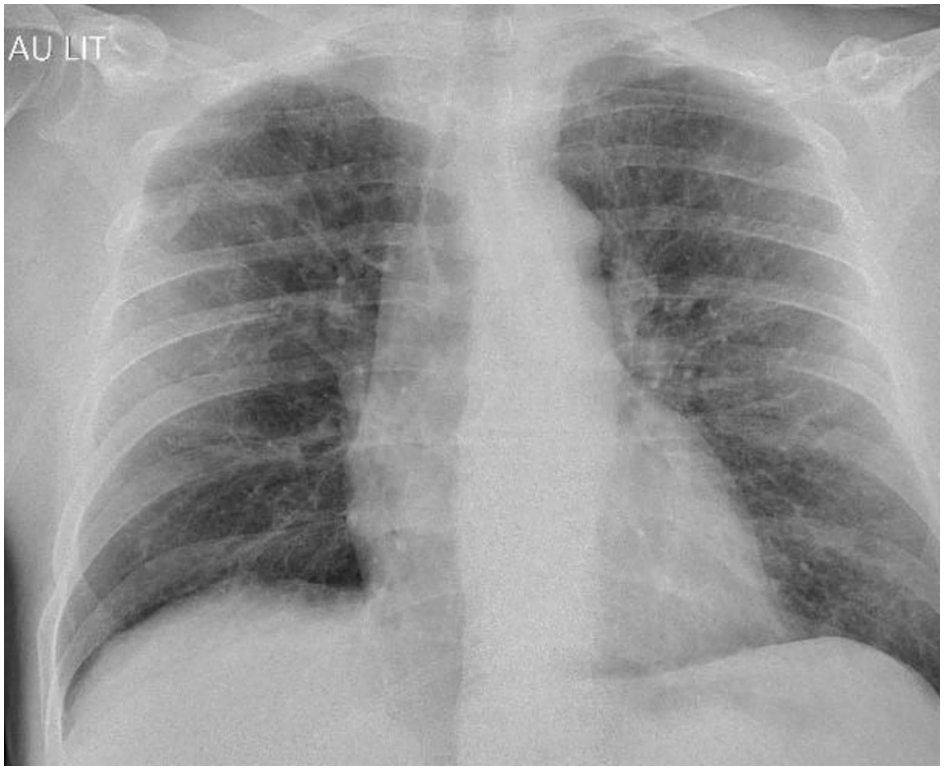
Vous êtes médecin au Service d'Accueil des Urgences, et recevez Mme. F, une **patiente de 66 ans, sans antécédent,** au retour d'un pèlerinage à la Mecque, pour une **détresse respiratoire fébrile.**

- *Constantes* :
  - PA 125/70 mmHg, FC 90 bpm, **Température 38,5°C**.
  - SpO2 90% sous 6L/min, **Fréquence respiratoire 36/min**

- *Examen clinique* : Crépitants bilatéraux

- *Bilan biologique* : Syndrome inflammatoire modéré (CRP 65 mg/L)3

Cas clinique n°11



Quelle maladie infectieuse contagieuse faut-il évoquer ?

Cas clinique n°11

COREB mission nationale
Coordination Opérationnelle Risque Epidémique et Biologique

Mission COREB Nationale – 09 décembre 2025

MERS-CoV

Repérer et prendre en charge un patient suspect
INFORMATION pour les SAMU et autres soignants de 1ère ligne

*Les infections à MERS – Coronavirus (MERS-CoV), transmissibles par voies contact et gouttelettes, voire par voie aérienne, sont potentiellement graves (létalité d'environ 40%) et toujours sans traitement validé à ce jour. Contexte : **Epidémie de MERS-CoV** au Moyen-Orient persistante depuis 2012. Il est essentiel que soit organisé le **recours rapide à l'expertise avec une application stricte des mesures de protection par les 1ers soignants** dès le 1er contact d'un patient suspect avec le système de santé tout en recherchant les diagnostics alternatifs les plus probables.*



Source : ECDC

Dépister

Patient suspect = signes cliniques ET exposition compatible (< 14 jours après exposition)

✓ Clinique sévère et exposition à faible risque

► Syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) ou pneumopathie fébrile ≥38°C avec oxygénorequérance et anomalies sur l'imagerie de thorax
ET Retour de la zone à risque (péninsule Arabique : Arabie Saoudite, Bahreïn, Emirats Arabes Unis, Koweït, Oman, Qatar, Yémen)

►Tout patient grave suspect doit avoir une **imagerie pulmonaire** (radio +/- scanner)

✓ Clinique (quel que soit le niveau de gravité) et exposition à fort risque

► Infection respiratoire aigüe ET Retour de la zone à risque (péninsule Arabique : Arabie Saoudite, Bahreïn, Emirats Arabes Unis, Koweït, Oman, Qatar, Yémen)

ET hospitalisation ou activité professionnelle dans un établissement de santé de la zone à risque

OU contact avec un cas possible / confirmé symptomatique,

OU contact avec des camélidés / leurs produits (urines, viande crue, laitages non pasteurisés)

+ Chez les patients immunodéprimés ou présentant une pathologie chronique : tableau digestif fébrile possible

Cas clinique n°11

COREB mission nationale

Mission COREB Nationale – 09 décembre 2025

MERS-CoV

QUESTIONS-CLÉS pour les SOIGNANTS de 1ère LIGNE

1 – Le patient a-t-il de la fièvre et des signes respiratoires ?
⇨ Température prise et ≥ 38°C
⇨ Toux ? Dyspnée ?
⇨ Syndrome pseudo-grippal ?



Pour le patient :



2 – Le patient revient-il de voyage ?
Si oui, de la péninsule Arabique ?

⇨ Arabie Saoudite, Bahreïn, Émirats Arabes Unis, Koweït, Oman, Qatar, Yémen

3– Le patient revient-il de voyage dans les 14 jours avant le début des symptômes ?
Si oui, quelles sont les dates de son voyage ?



Source : ECDC

⇨ Si oui aux 3 questions, patient suspect de MERS-CoV, isolement adapté et déclenchement de la procédure de classement de cas

Pour le soignant :



Cas clinique n°11

>> Recours à l'expertise de l'infectiologue référent REB pour classement du patient en cas possible ou exclus

Cf définition de cas SpF 2024 à télécharger en copiant/collant le lien suivant dans un navigateur : www.santepubliquefrance.fr%2Fmedia%2Ffiles%2F01-maladies-et-traumatismes%2Fmaladies-et-infections-respiratoires%2Finfection-a-coronavirus%2Fmers_cov_definition_de_cas_juin-2024&usg=AOvVaw3u92O5yzPvnrj7Q39KB83c&opi=89978449

Protéger

Patient : friction hydro-alcoolique, port de masque chirurgical, isolement en chambre individuelle
Soignant : mesures renforcées REB respiratoires / contact : hygiène des mains, friction hydroalcoolique, port d'un masque FFP2, simple paire de gants non stériles, surblouse, lunettes de protection, tablier plastique si soins mouillants
►**Organisation des soins** : équipe dédiée et entraînée, travail en binôme, médecins et infirmièr(e)s expérimentés (pas d'étudiant), regrouper les soins pour limiter le risque d'exposition

Prendre en charge

►**Recherche de signes de gravité** : signes de détresse respiratoire ;
et recherche de comorbidités (grossesse, obésité, diabète, cardiopathies, insuffisance rénale, immunodépression).
►**Traitement symptomatique**, si urgence vitale (oxygénation ou ventilation assistée précoce).
Traitement d'épreuve : traitement antibiotique et traitement de la grippe OSELTAMIVIR
Pas de traitement curatif validé ni de traitement préventif (vaccination)
►**Prélèvements respiratoires à visée diagnostique virologique :** prélèvement naso-pharyngé et prélèvements profonds (aspiration sus glottique, crachat induit, aspiration trachéale, LBA). Des prélèvements réalisés avant J4 qui s'avèreraient négatifs pour le MERS-CoV doivent être répétés à partir de J4, soit au bout de quatre jours au moins d'évolution clinique.
►**Identification précoce des personnes contact et co-exposées** avec l'ARS pour les contacts / co-exposés communautaires, et avec les équipes d'hygiène et la santé au travail pour les contacts en milieu de soins

Alerter et orienter

► Si cas possible validé avec l'infectiologue référent REB, et que l'isolement est possible dans l'ES d'accueil, discuter la réalisation des prélèvements respiratoires dans l'ES d'accueil et transfert du prélèvement vers le laboratoire de l'ESR
► Si décision de transfert du patient vers l'ESR, information de l'ARS et transport sous la responsabilité du SAMU-Centre 15
Webinaire COREB (Epidémiologie, Clinique, EPI, Prélèvements…) : https://www.coreb.infectiologie.com/fr/mers-cov.html

Numéro de l'infectiologue référent à joindre : **Contact ARS :**
CNR virus des infections respiratoires : Institut Pasteur Paris (zone nord) : 01 45 68 87 25 - Lyon (zone sud) : 04 72 07 11 42

1. **Isolement respiratoire + contact**
2. **Absence de prélèvement**
3. **Appel astreinte REB CHU Lille :** 06 23 83 49 83



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 déclive 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

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

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 ≤ 37° 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

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

Conclusion

- **Diagnostic de pneumonie :** Radio-clinique
- **Bilan étiologique :** Rechercher les signes extra-respiratoires
- **Bilan microbiologique :** Individualisé (gravité, signes extra-respiratoires, éventuel échec de traitement de 1ère ligne)
- **Antibiothérapie :**
  - (Quasi) toujours cibler le pneumocoque
  - Bithérapie exceptionnelle
- **Réévaluation à 72h** (radiographie thoracique si évolution défavorable)
- **Durée d'antibiothérapie** : Individualisée
- **Situations particulières** :
  - Immunodéprimé : Scanner thoracique + bilan microbiologique spécifique
  - Retour de voyage : Pathologie contagieuse ?
  - Migrant : Penser à la tuberculose + dépistage infection par le VIH

Conclusion

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

INFECTIOLOGIE.com

Actualisation de la prise en charge des pneumonies aiguës communautaires de l'adulte

Jeu de diapositives réalisé par le comité des référentiels de la SPILF
le 12/03/2025

Traitement antibiotique de la légionellose chez l'adulte
Actualisation

Groupe recommandations de la SPILF
2026

Prise en charge des pneumonies d'inhalation

Recommandation
SPILF en partenariat avec la SFGG
GINGER