

Mise au point

« Prise en charge des pneumonies aiguës communautaires »

Aurélien Dinh

Groupe recommandation SPILF

Collaboration

- Société de Pathologies Infectieuses de Langue Française
- Société de Pneumologie de Langue Française
- Collège National des Généralistes Enseignants
- Société Française de Médecine d'Urgence
- Société Française de Microbiologie
- Société Française de Radiologie
- Société de Réanimation de Langue Française



- **DPI consultables sur [infectiologie.com](https://www.infectiologie.com)**

■ Homme, 72 ans

- Diabétique type 2, HTA, BPCO post tabagique, insuffisance cardiaque, 2 stents
- Tabagisme 1 paquet/jour

■ MDV :

- Retraité, travaillait dans le bâtiment
- Vit à domicile avec son épouse
- Pas d'allergie ni d'animal domestique
- Pas de voyage récent

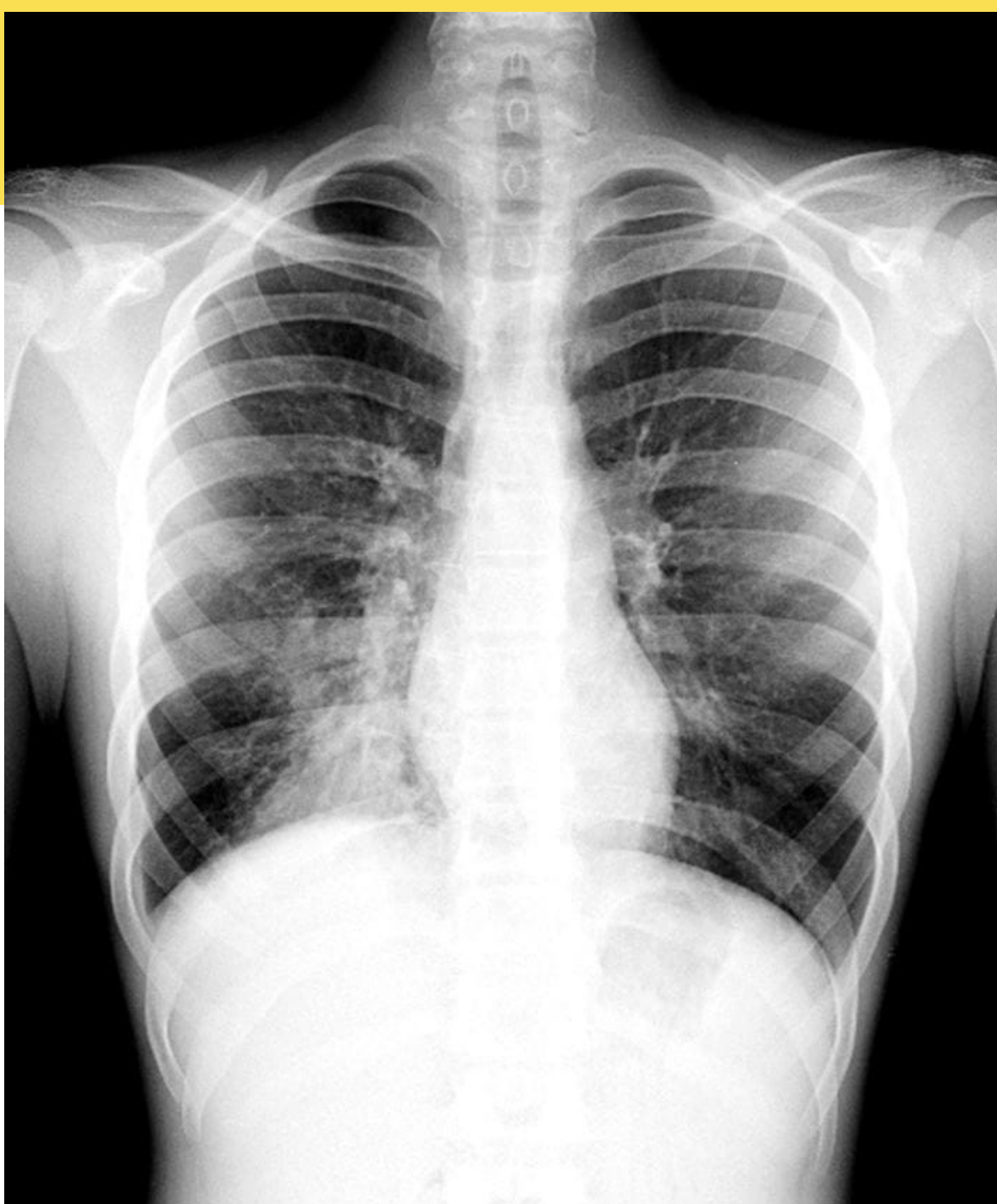
- **Le 15 janvier : consulte aux urgences pour apparition depuis 48h de toux + expectoration et dyspnée**
- **Hyperthermie à 38,5° C avec céphalées persistantes malgré prise d'AINS et paracétamol**

■ Constantes :

- Température: 38,5° C,
- SatO₂: 91 % sous 1L d'O₂,
- TA : 124/88 mHg,
- FC : 100/min,
- Pas de signe d'hypoperfusion

- **BdC réguliers, pas de souffle, pas de signe de décompensation cardiaque**
- **Crépitations lobaire inférieur droit avec souffle tubaire**
- **Pas de signe de détresse respiratoire sous O2**
- **Pas de signe urinaire**
- **Conscient et orienté, pas de déficit, pas de syndrome méningé**

- NFS : Leucocytes: $12,5 \times 10^9/L$ dont 87% polynucléaires neutrophiles
- Hémoglobine: 14,5 g/dL
- Plaquettes: $220 \times 10^9/L$
- CRP : 250 mg/L
- PCT : 2 $\mu g/L$



- **Quels prélèvements microbiologiques rapides réalisez-vous en première intention ?**
 - Antigénurie pneumocoque
 - Antigénurie Legionella
 - PCR simplex Grippe + COVID-19 sur écouvillon naso-pharyngé
 - PCR multiplex (virus + bactéries atypiques) sur écouvillon naso-pharyngé
 - PCR multiplex (virus + bactéries atypiques et cultivables) sur ECBC

- **Quels prélèvements microbiologiques rapides réalisez-vous en première intention ?**
 - Antigénurie pneumocoque
 - Antigénurie Legionella
 - **PCR simplex Grippe + COVID-19 sur écouvillon naso-pharyngé**
 - PCR multiplex (virus + bactéries atypiques) sur écouvillon naso-pharyngé
 - PCR multiplex (virus + bactéries atypiques et cultivables) sur ECBC

- **Non recommandé si hospitalisation en médecine :**
 - Antigénurie pneumocoque. (B2)
 - Antigénurie Legionella sauf présentation clinique/biologique évocatrice, voyage récent ou contexte épidémique. (B2)

- **Recommandé si hospitalisation en médecine intensive :**
 - Antigénurie pneumocoque. (B1)
 - Antigénurie Legionella (B1)

PCR multiplex : Panels respiratoires

Panel respiratoire haut

Panel respiratoire bas

Principaux virus respiratoires (Grippe, Coronavirus, VRS....)

Bactéries atypiques (*Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*)

Bactéries potentiellement pathogène
(dont pneumocoque, HI, entérobacterales)

Gènes de résistance ATB : R méthicilline,
BLSE, carbapénémase

Performances pour les virus

Test	Sensitivity (95% confidence interval)	Specificity (95% confidence interval)
Influenza A virus		
FilmArray	0.911 (0.848, 0.949)	0.995 (0.988, 0.998)
Verigene	0.949 (0.882, 0.979)	0.982 (0.944, 0.995)
Prodesse	0.954 (0.871, 0.985)	0.983 (0.973, 0.989)
Summary	0.940 (0.902, 0.964)	0.987 (0.979, 0.992)
Influenza B virus		
FilmArray	0.822 (0.689, 0.905)	0.994 (0.980, 0.998)
Prodesse	0.963 (0.907, 0.986)	0.992 (0.969, 0.998)
Summary	0.932 (0.877, 0.963)	0.993 (0.986, 0.997)
RSV		
FilmArray	0.911 (0.821, 0.958)	0.987 (0.971, 0.994)
Verigene	0.977 (0.929, 0.993)	0.993 (0.962, 0.999)
Summary	0.942 (0.84, 0.972)	0.991 (0.980, 0.996)
Adenovirus		
FilmArray	0.670 (0.516, 0.794)	0.991 (0.961, 0.998)
hMPV		
FilmArray	0.914 (0.835, 0.956)	0.999 (0.854, 1)

■ Métanalyse

- 20 études
- 5 510 patients
- 3 kits

IC95% de Sens > 90% Spé > 95%
Sauf grippe B et adénovirus

Intérêts

- Diagnostic pansyndromique (avec gènes de résistance)
- Rapidité/Adaptation ATB précoce (Désescalade ou escalade)
- Rapidité de mise en place des précautions complémentaires

Limites

- Panels non exhaustifs
- Absence de mécanisme de R important (AmpC)
- Colonisation/contamination
- Coût

Recommandations pour PCR

- ERS/ESICM/ESCMID/ALAT guidelines for the management of severe community-acquired pneumonia. ICM 202

Recommandations	Niveau de recommandation	Niveau de preuve
Réalisation PCR (virale + bactérienne) en cas d'antibiothérapie non standard	Modérée	Très faible

- Groupe de travail de la SFAR, la SPILF, la SFMU, la SF2H, la SFM, le CNR des Virus Respiratoires et le réseau de virologie de l'ANRS-MIE



Version 1 _ 28/02/2023

Diagnostic initial lors d'une HDJ ou HC ou
En amont d'une intervention chirurgicale

Diagnostic moléculaire COVID-19 recommandé ainsi
qu'éventuellement une recherche des autres virus
respiratoires selon le contexte clinique et épidémique

Recommandations pour PCR multiplex

	Panel haut	Panel bas	Niveau de recommandation
Ambulatoire	Non	Non	Avis d'expert
Hospitalisation en médecine	Si contexte épidémique et/ou clinique (bactérie atypique)	Non	C2 (faible niveau de preuve/experts soutiennent modérément)
Hospitalisation soins critiques	Si contexte épidémique et/ou clinique (bactérie atypique)	Si antibiothérapie autre que AAC/C3G et macrolides	C2 (faible niveau de preuve/experts soutiennent modérément)

Chez les patients hospitalisés : recherche du SARS-CoV-2 et éventuellement du virus de la grippe, et du VRS en fonction du contexte épidémique (par TAG, PCR spécifiques ou PCR bi/triplex)

- **PCR Covid et grippe : négative**
- **Le patient est traité par cefotaxime 1gX3/j**
- **A 72h de traitement antibiotique, le patient est « stable » :**
 - Température : 37,8° C
 - FC : 90/min,
 - Saturation : 93% en AA,
 - FR : 22c/min
 - TA : 130/80 mmHg

Time to Clinical Stability in Patients Hospitalized With Community-Acquired Pneumonia

Implications for Practice Guidelines

Ethan A. Halm, MD, MPH; Michael J. Fine, MD, MSc; Thomas J. Marrie, MD; Christopher M. Coley, MD;
Wishwa N. Kapoor, MD, MPH; D. Scott Obrosky, MS; Daniel E. Singer, MD

- Une température $\leq 37^{\circ} \text{ } 8 \text{ } \text{C}$
- Pression artérielle systolique $\geq 90 \text{ mm Hg}$
- Fréquence cardiaque $\leq 100/\text{min}$
- Fréquence respiratoire $\leq 24/\text{min}$
- SpO₂ $\geq 90 \%$ ou PaO₂ $\geq 60 \text{ mm Hg}$ en air ambiant
- Pas de confusion
- Aptitude à prendre un traitement oral

■ Concernant l'antibiothérapie

- Vous arrêtez (J3)
- Vous prolongez de 48h (J5)
- Vous traitez 7 jours au total
- Vous traitez en fonction du taux de procalcitonine

Question

■ Concernant l'antibiothérapie

- Vous arrêtez (J3)
- Vous prolongez de 48h (J5)
- Vous traitez 7 jours au total
- Vous traitez en fonction du taux de procalcitonine

- **Recommandations récentes (nord-américaines, anglaises, hollandaises et suisses) :**
 - 5 jours si critères de stabilité ou réponse clinique rapide (48h-72h)
 - 7 jours pour les autres PAC non-complicées
- **3 méta-analyses : comparaison de durée antibiotiques dits longs (> 7 jours) vs courts (3 – 7 jours) >> pas de différence en terme d'efficacité.**
- **2 essais randomisés doubles aveugles : Evaluation d'un traitement de 3 jours par bêta lactamines au cours des PAC**

2 RCT durée de traitement des PAC

Effectiveness of discontinuing antibiotic treatment after three days versus eight days in mild to moderate-severe community acquired pneumonia: randomised, double blind study

- Essai randomisé de non infériorité (marge 10%) double aveugle vs placebo (3 jours vs 8 jours)
- 121 patients avec PAC (fièvre + SF respi + image + PSI < 110)
- Randomisés à J3 si amélioration + apyrexie (amoxicilline vs placebo)
- Âge médian 55 ans, (immunodéprimés exclus)
- Critère principal : guérison à J10 (95% vs 95%)

Discontinuing β -lactam treatment after 3 days for patients with community-acquired pneumonia in non-critical care wards (PTC): a double-blind, randomised, placebo-controlled, non-inferiority trial

- Essai randomisé de non infériorité (marge 10%) double aveugle vs placebo (3 jours vs 8 jours)
- 310 patients avec PAC (fièvre + SF respi + image)
- Randomisés à J3 si critère de stabilité (C3G ou AAC puis AAC vs placebo)
- Âge médian 73 ans, comorbidités cardio-vasculaires (immunodéprimés exclus)
- Critère principal : guérison à J15 (78% vs 68%)

Recommandations de durée

	Durée recommandée	Niveau de recommandation
PAC avec critères de stabilité à J3	3 jours	A1
PAC avec critères de stabilité > J3-J5	5 jours	B1
Autre	7 jours	A1

Un traitement supérieur à 7 jours doit être argumenté (complications).

- **Auriez vous prescrit des corticoïdes ?**
 - Non
 - Oui
 - JNSP

- Auriez vous prescrit des corticoïdes ?
 - Non
 - Oui
 - JNSP

Recommandations

	Traitement corticoïdes recommandé	Sauf	Modalité	Niveau de recommandation
PAC non sévères	Non	<ul style="list-style-type: none">- Bronchospasme- Asthme- BPCO		A2
PAC sévères	Oui	<ul style="list-style-type: none">- Myélosuppression- Pneumopathie d'inhalation- Grippe	<ul style="list-style-type: none">- Précoce +++- Hémisuccinate d'hydrocortisone 200 mg/j- Durée : 4 à 8 jours selon l'évolution clinique	A1

- **Biologie** : Vincent Cattoir, Paul Loubet, Sophie Jaraud, Alban Le Monnier, Philippe Serayet, Emmanuelle Varon
- **Antibiothérapie** : David Lebeaux, Pierre Fillatre, Jean-Pierre Bedos, Mathieu Blot, François Barbier, Paul Loubet, Yacine Tandjaoui-Lambotte, Yves Welker,
- **Imagerie** : Yann Erick Claessens, Constance de Margerie, Xavier Duval, Maxime Gauthier, Damien Basile, Philippe Serayet, Yann Guegan