

# Info-antibio N°105: Juin 2025

Lettre d'information sur les antibiotiques. Tous les numéros sur [Infectiologie.com](http://Infectiologie.com). Abonnement gratuit [à partir de ce lien](#)

Le bon usage des antibiotiques limite le développement des résistances et préserve l'efficacité des antibiotiques

## Pneumonies d'inhalation (PI)

Recommandations 2025 SPILF avec la SFGG [en Français](#) - [en Anglais](#) - [Diaporama du groupe reco](#)

### Définitions

**Pneumonie d'inhalation = association de :**

**Diagnostic positif de pneumonie**

- Signes cliniques d'infection respiratoire aiguë basse ET
- Nouveau(x) infiltrat(s) radiologique(s).

ET

**Diagnostic étiologique présomptif d'inhalation**

- Troubles de déglutition ou inhalation ;ou
- Atteinte clinico-radiologique décline en présence de facteur(s) de risque d'inhalation (troubles de la vigilance et de la déglutition, anomalie des réflexes nauséux et de toux, atteinte des voies aérodigestives supérieures ou altération de l'hygiène bucco-dentaire).

Un tableau respiratoire aigu immédiatement secondaire à une fausse route ne répond pas à la définition de la PI. C'est une pneumopathie chimique aseptique (« aspiration pneumonitis » en anglais), sur inhalation du contenu gastrique (syndrome de Mendelson) ou d'un corps étranger et ne conduit que rarement à une pneumonie infectieuse.

### Éléments pour le diagnostic

Une imagerie est recommandée, en priorité par scanner non injecté, à défaut par une échographie pulmonaire, en dernier choix, une radiographie. Il n'est pas recommandé d'utiliser des marqueurs biologiques.

Il n'est pas recommandé d'utiliser un examen microbiologique systématique.

Un ECBC peut être fait en cas de choix d'une molécule active sur *Pseudomonas aeruginosa* (pour désescalade ultérieure)

**Pneumonie grave = présence d'au moins un critère majeur ou de trois critères mineurs.**

Critères majeurs : choc septique, détresse respiratoire nécessitant ventilation mécanique.

Critères mineurs : FR  $\geq 30$ /min, PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>  $\leq 250$ , infiltrats multilobaires, confusion ou désorientation, urée plasmatique  $\geq 3,3$  mmol/L, leucopénie  $< 4000$ /mm<sup>3</sup> (due à l'infection), thrombopénie  $< 100\ 000$ /mm<sup>3</sup>, hypothermie  $< 36^\circ\text{C}$ , hypotension nécessitant expansion volémique.

### Traitement probabiliste

Après une fausse route constatée : pas d'ATB. Surveillance clinique, et début ATB uniquement si critères de PI

1er choix si PI: **amoxicilline - ac. clavulanique 1g 3x/j**, de préférence PO (IV si grave)

Si DFG 10-30 : 1 g charge puis 0,5g 3x/j, DFG<10 : 1g charge puis 0,5g 1x/j

2nd choix (si 1er choix impossible : allergie pénicilline sans CI C3G, et/ou IV/PO impossible) : **ceftriaxone SC 1g 1x/j**

3<sup>ème</sup> choix (si allergie grave bêta-lactamines) : **cotrimoxazole 800/160 3x/j** (si DFG 15-30 : 800/160 1x/j, DFG<15: 800mg 1x/48h)

Il est recommandé de ne pas associer le métronidazole à l'antibiothérapie de référence pour le traitement des PI

Sauf si cotrimoxazole, et (maladie parodontale évidente, ou abcès ou empyème)

Si échec à 72h d'ATB: relais par pipéracilline-tazobactam 4g 3à4x/j (si DFG <20 : 4g 2x/j)

Si rechute ou récurrence d'une PI ayant eu une évolution favorable : reprendre le même schéma antibiotique

**Si PI avec critères de gravité :** Une couverture de *P. aeruginosa* en probabiliste (puis adaptée selon l'ECBC) est **recommandés si :**

ATCD de *P. aeruginosa* respiratoire récente (< 1 an), ATB parentérale récente (< 3 mois), BPCO sévère, bronchiectasies, trachéotomie (si pneumonie grave sans éléments francs en faveur d'une inhalation, suivre la reco [PAC 2025](#))

Prise en compte en probabiliste du SARM par linezolid recommandée uniquement si colonisation connue à SARM

Si pas de FdR *P. aeruginosa* ou SARM : ATB idem formes non graves

### Durée

5 jours si évolution clinique favorable = Critères de stabilité clinique :

**Critères de stabilité clinique :** T  $\leq 37,8^\circ\text{C}$ ; PAS  $\geq 90$  mmHg; FC  $\leq 100$ /min; FR  $\leq 24$ /min; SpO<sub>2</sub>  $\geq 90$  % en AA ou PaO<sub>2</sub>  $\geq 60$  mmHg en AA.

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

- o Autres cas sans complication : 7 jours
- o Durée > 7 jours uniquement si complications (abcès, épanchement pleural liquidien significatif etc.)

### Autres mesures/prévention

Réévaluer les indications des médicaments modifiant la vigilance (psychotropes), la déglutition (anticholinergiques), les IPP.

Conseils posturaux, en particulier position semi assise. Mesures sur la prise orale. Soins d'hygiène bucco dentaire....

Un service du journal [Infectious Diseases Now](#) & de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF). Rédigé par le Dr S. Alfandari.

**Sources d'information nationales sur l'utilisation des antibiotiques :** Recommandations: [infectiologie.com](http://infectiologie.com) - [ANSM](#) - [HAS](#) - [Ministère de la Santé](#). CRATB (Centre Régionaux en Antibiothérapie) : [Auvergne Rhône Alpes](#) - [Bretagne](#) - [Corse](#) - [Grand Est](#) - [Hauts de France](#) - [Île de France](#) - [Normandie](#) - [Pays de la Loire](#) - [Provence Alpes Côte d'Azur](#)

