

Nouvelles recommandations 2025 et actualités épidémiologiques

Dr Claudia CARVALHO (CRAtb) – CPias

Plan

- I. Actualités épidémiologiques**
- II. Recommandations ANRS prise en charge des IST 2025**
- III. Recommandations infections pulmonaires SPILF**

I. Actualités épidémiologiques



**SURVEILLANCE NATIONALE DE
LA RÉSISTANCE AUX
ANTIBIOTIQUES EN VILLE ET
SECTEUR MÉDICO-SOCIAL**



**RESISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES
DES ENTEROBACTERIES URINAIRES EN
VILLE ET EN EHPAD
ANNÉE 2024**



LES DONNÉES SONT ISSUES DE

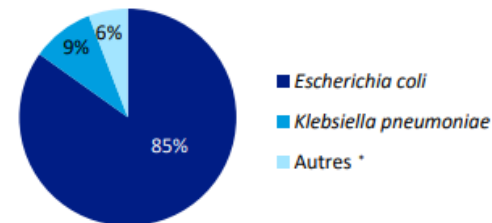
65 LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE SUR 134

EN RÉGION CENTRE-VAL DE LOIRE

- Laboratoire participant à PRIMO
- Laboratoire ne participant pas à PRIMO

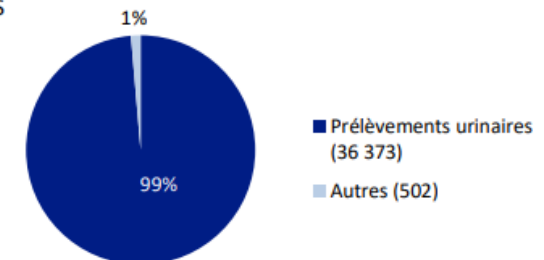
ÉCHANTILLONS PRÉLEVÉS

- 36 875 ANTIBIOGRAMMES D'ENTÉROBACTÉRIES
- 36 373 ANTIBIOGRAMMES URINAIRES D'ENTÉROBACTÉRIES
- LES RÉSULTATS PAR SEXE CONCERNENT LES 18 ANS ET PLUS



Répartition des antibiogrammes urinaires
selon les espèces d'entérobactéries
(n = 36 373)

* *Klebsiella oxytoca*, *Klebsiella aerogenes* et *Enterobacter cloacae* complex



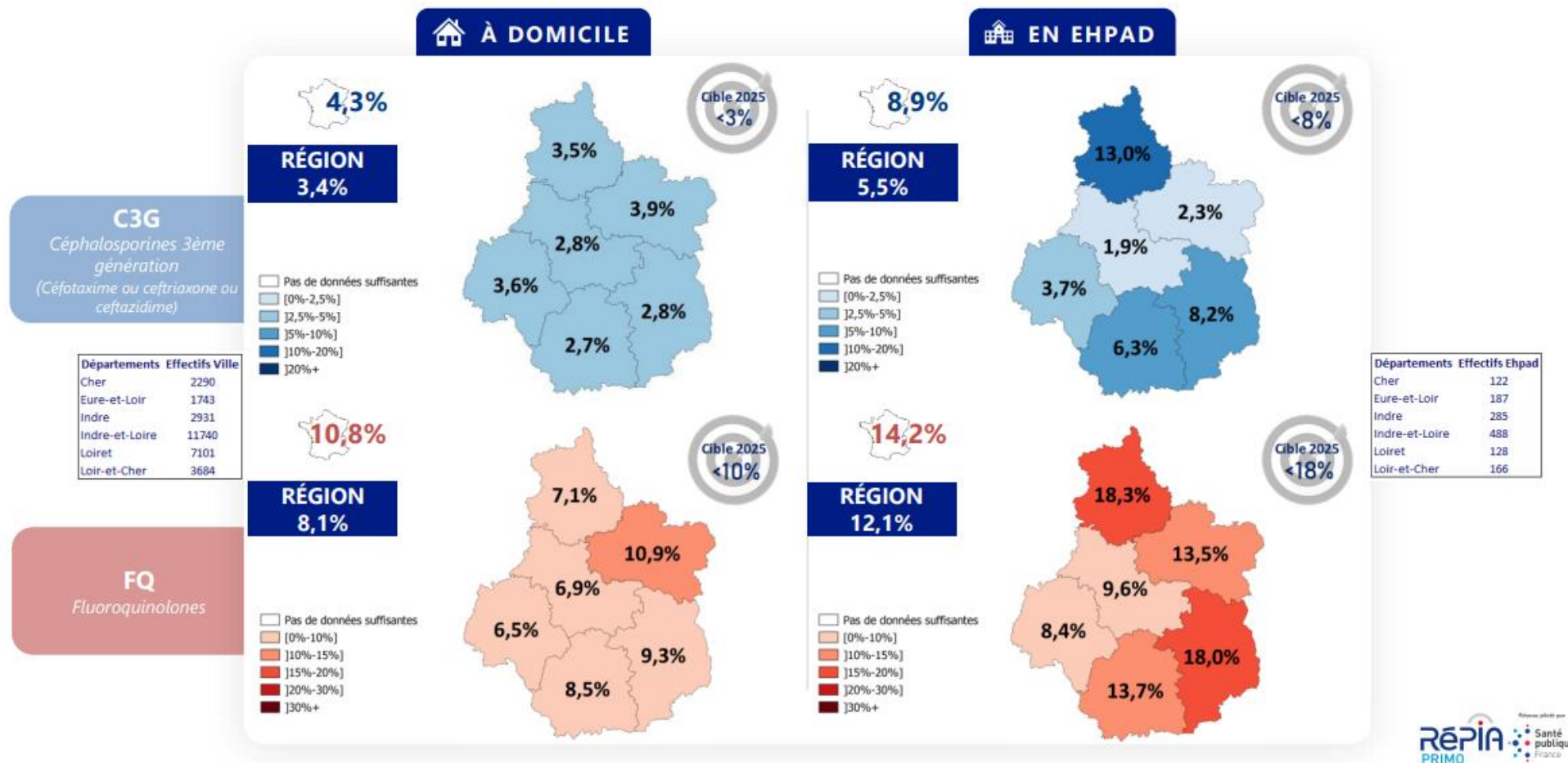
Répartition des antibiogrammes
d'entérobactéries selon le prélèvement
(n = 36 875)



I. Actualités épidémiologiques

RÉSISTANCES OBSERVÉES

Escherichia coli (urines)

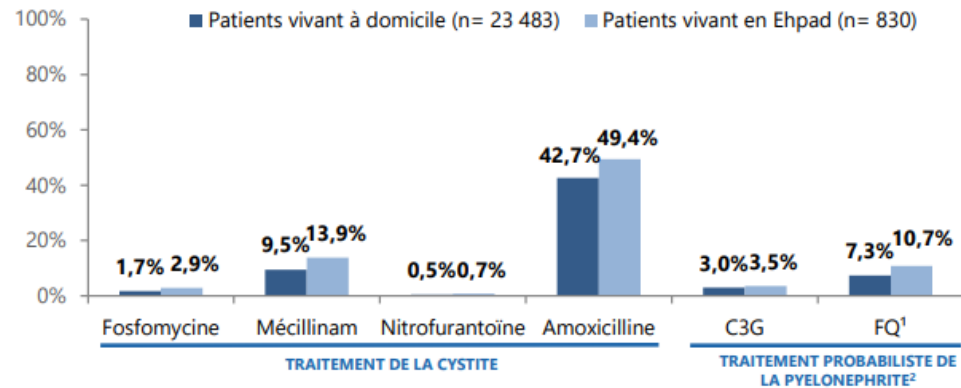


I. Actualités épidémiologiques

RÉSISTANCES OBSERVÉES

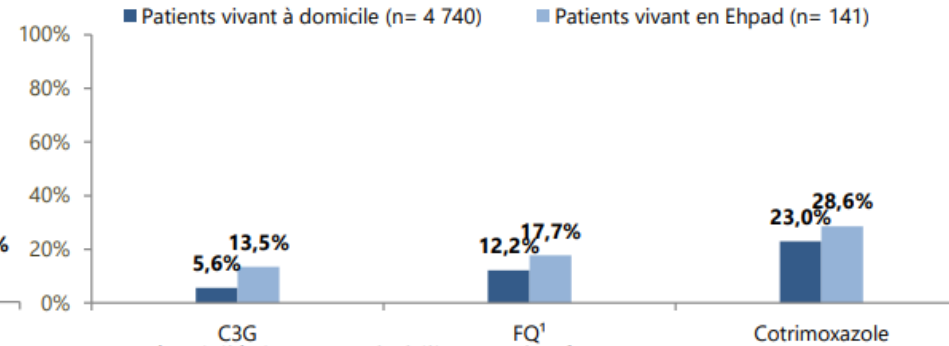
Escherichia coli (urines)

CHEZ LA FEMME



- Fosfomycine, pivmécillina, nitrofuranes : utilisables en probabiliste dans les cystites ([cf recos HAS/Spilf infections urinaires](#))
- Amoxicilline : > 50% de sensibilité des souches urinaires isolées chez les femmes. Bonne efficacité clinique en cas de sensibilité de la bactérie

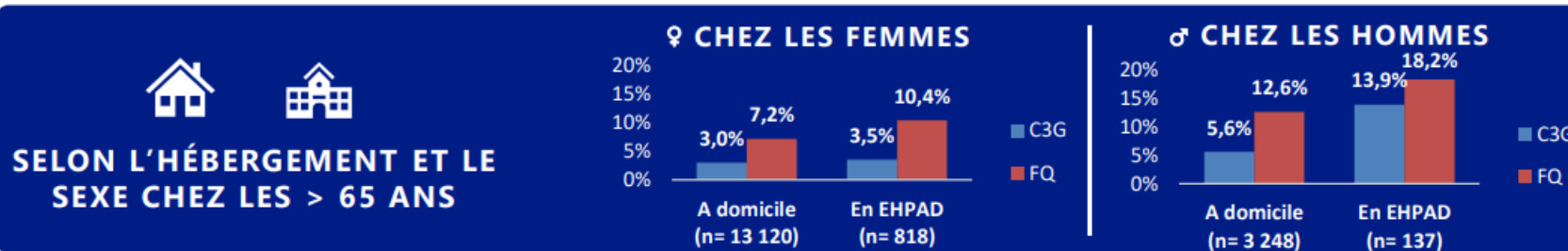
CHEZ L'HOMME



- C3G à privilégier en probabiliste sur les formes graves
- Les FQ sont les molécules de référence du fait de leur excellente diffusion dans les infections urinaires masculines fébriles mais prévenir le patient des effets indésirables ([note Ansm d'août 2023](#))
- Cotrimoxazole : bonne efficacité clinique en cas de sensibilité de la bactérie

¹ Éviter les FQ en probabiliste si prescrites dans les 6 derniers mois

² C3G et FQ : utilisation réservée aux pyélonéphrites, le relais par une autre molécule est à adapter selon l'antibiogramme



Réseau piloté par
RéPIA
PRIMO
Santé publique
France

I. Actualités épidémiologiques

RÉSISTANCES OBSERVÉES

Klebsiella pneumoniae (urines)

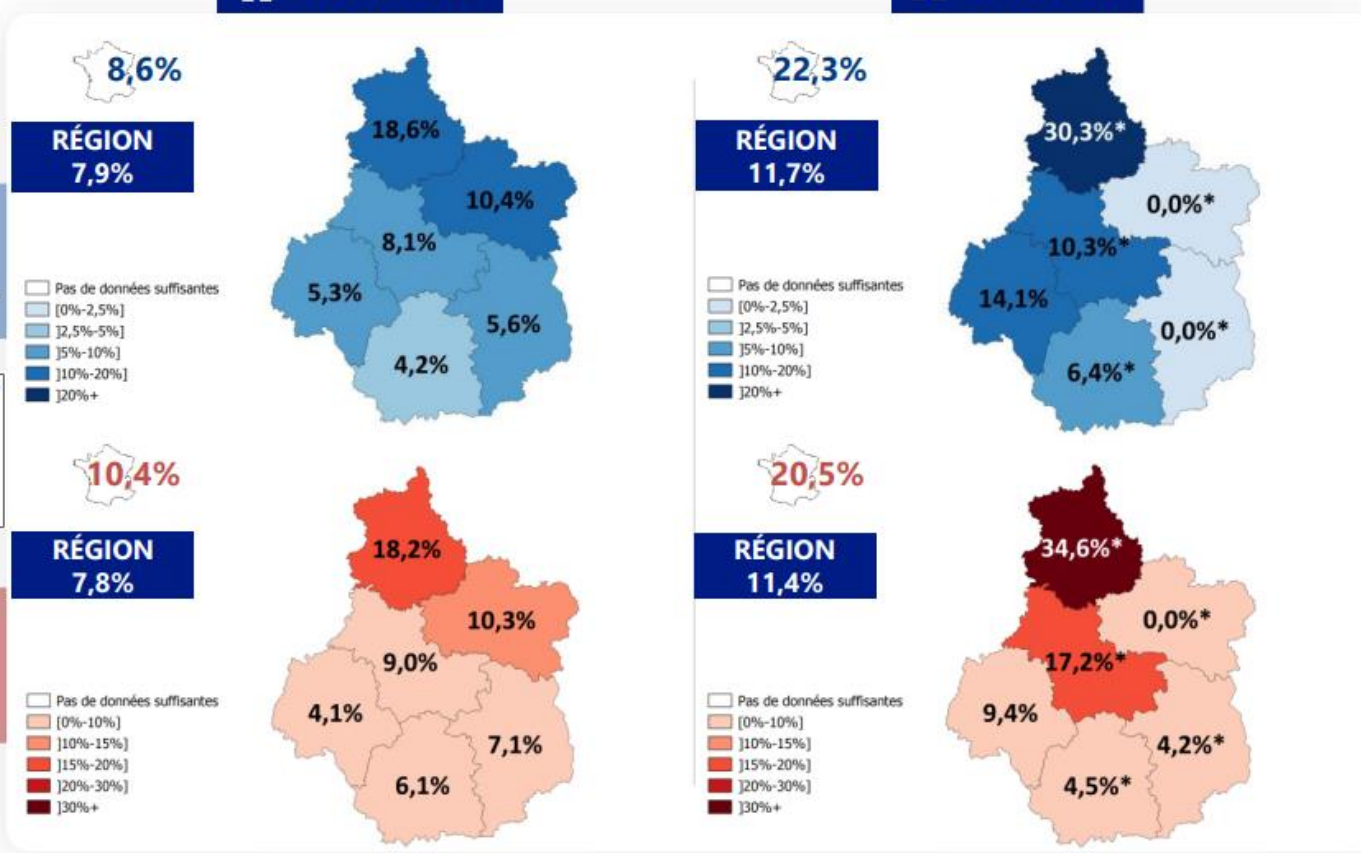
À DOMICILE

EN EHPAD

C3G
Céphalosporines 3ème
génération
(Céfotaxime ou ceftriaxone ou
ceftazidime)

Départements	Effectifs Ville
Cher	268
Eure-et-Loir	220
Indre	312
Indre-et-Loire	1134
Loiret	876
Loir-et-Cher	356

FQ
Fluoroquinolones



Départements	Effectifs Ehpap
Cher	24
Eure-et-Loir	33
Indre	47
Indre-et-Loire	64
Loiret	16
Loir-et-Cher	29

I. Actualités épidémiologiques

SURVEILLANCE ET PRÉVENTION DE L'ANTIBIORÉSISTANCE EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ (SPARES)

Points clés 2024 en France

CONSOMMATION DES ANTIBIOTIQUES EN 2024 DANS 1 392 ÉTABLISSEMENTS

CONSOMMATION D'ANTIBIOTIQUES EN NOMBRE DE DOSES DÉFINIES JOURNALIÈRES (DDJ)
POUR 1 000 JOURNÉES D'HOSPITALISATION (JH)

Consommation globale » 321,9

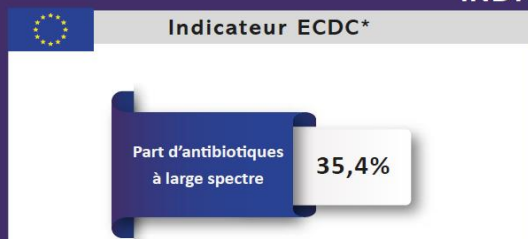


TOP 5 DES ANTIBIOTIQUES CONSOMMÉS

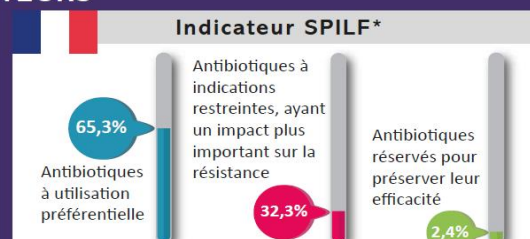


en nombre de DDJ / 1 000 JH

INDICATEURS



*European Centre for Disease Prevention and Control



*Société de pathologie infectieuse de langue française

SURVEILLANCE ET PRÉVENTION DE L'ANTIBIORÉSISTANCE EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ (SPARES)

Points clés 2024 en Centre-Val de Loire

CONSOMMATION DES ANTIBIOTIQUES EN 2024 DANS 49 ÉTABLISSEMENTS

CONSOMMATION D'ANTIBIOTIQUES EN NOMBRE DE DOSES DÉFINIES JOURNALIÈRES (DDJ)
POUR 1 000 JOURNÉES D'HOSPITALISATION (JH)

Consommation globale » 298,7

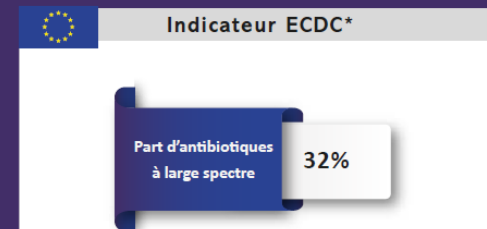


TOP 5 DES ANTIBIOTIQUES CONSOMMÉS

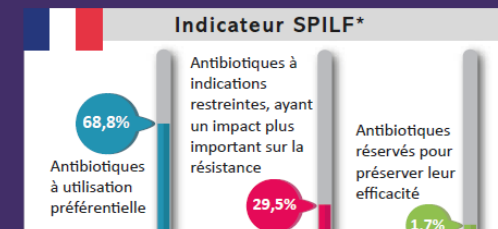


en nombre de DDJ / 1 000 JH

INDICATEURS



*European Centre for Disease Prevention and Control



*Société de pathologie infectieuse de langue française

I. Actualités épidémiologiques

SURVEILLANCE ET PRÉVENTION DE L'ANTIBIORÉSISTANCE EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ (SPARES)

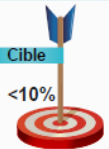
Points clés 2024 en France

Résistance bactérienne aux antibiotiques en 2024 dans 1 059 établissements

Staphylococcus aureus résistant à la méticilline (SARM)

10,4%

Proportion de SARM chez *Staphylococcus aureus* isolé d'hémocultures



0,13

Densité d'incidence SARM / 1 000 JH



Enterococcus faecium résistant à la vancomycine (ERV)

0,6%

Proportion d'ERV chez *Enterococcus faecium* d'hémocultures



Enterobacterales

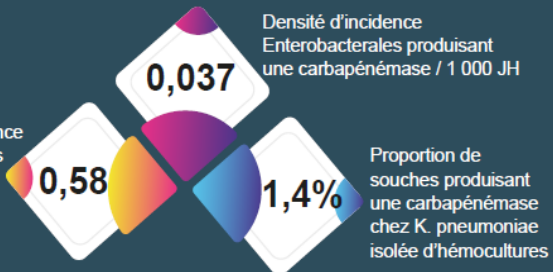
Klebsiella pneumoniae BLSE

0,18

Densité d'incidence de *K. pneumoniae* produisant une BLSE / 1 000 JH



Densité d'incidence Enterobacterales produisant une BLSE / 1 000 JH



SURVEILLANCE ET PRÉVENTION DE L'ANTIBIORÉSISTANCE EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ (SPARES)

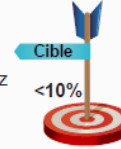
Points clés 2024 en Centre-Val de Loire

Résistance bactérienne aux antibiotiques en 2024 dans 32 établissements

Staphylococcus aureus résistant à la méticilline (SARM)

7,7%

Proportion de SARM chez *Staphylococcus aureus* isolé d'hémocultures



0,12

Densité d'incidence SARM / 1 000 JH



Enterococcus faecium résistant à la vancomycine (ERV)

0%

Proportion d'ERV chez *Enterococcus faecium* d'hémocultures



Enterobacterales

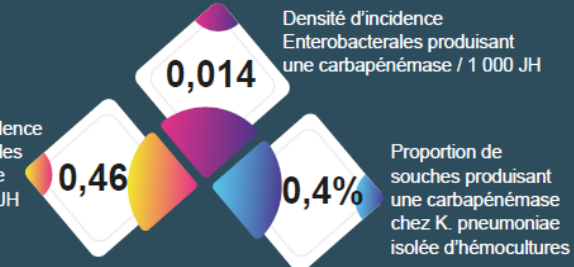
Klebsiella pneumoniae BLSE

0,16

Densité d'incidence de *K. pneumoniae* produisant une BLSE / 1 000 JH



Densité d'incidence Enterobacterales produisant une BLSE / 1 000 JH



II. Recommandations HAS prise en charge des IST 2025

DIAGNOSTIC :

Comment ?

- Test PCR
- Test positif -> culture sans retarder le traitement (surveillance sensibilité céphalosporines)
- Suspicion forte + clinique évocatrice: ttt avant réception résultats possible

Qui tester ? Qui traiter ?

- Test:
 - Personnes symptomatiques
 - HSH multipartenaires
 - Cas contacts
- Traitement:
 - Test positif symptomatique ou non
 - Partenaire sexuel

Neisseria gonorrhoeae

II. Recommandations HAS prise en charge des IST 2025

PRISE EN CHARGE :

Traitement :

- **Ceftriaxone 1g** IM dose unique (dilution dans 2mL de lidocaïne)
- Si allergie confirmée: **gentamicine** 240mg IM
- Retour Asie – Pacifique: avis spécialisé / risque de résistance (ajout 2g azithromycine PO)
- Si CMI ceftriaxone > 0,125 mg/L -> transmettre souche au CNR
- Infection invasive durée 7 à 14 jours (4 semaines endocardites)

Contrôle :

- Pas de contrôle systématique
- **PCR à J14** si :
 - Traitement autre que ceftriaxone
 - Persistance de signes après > 72h de traitement

Dépistage des partenaires :

- 15 derniers jours si symptomatique
- 6 derniers mois si asymptomatique

Neisseria gonorrhoeae

Localisation / population	Antibiothérapie de 1 ^{ère} ligne	Voie d'administration	Durée	Allergie Alternative	Test d'éradication
Urogénitale, cervicale, rectale (non compliquée)	Ceftriaxone 1 g	IM	1 j	Gentamicine 240 mg IM Si ABg disponible : Ciprofloxacine 500 mg PO ou Céfixime 400mg PO DU	Si mauvaise évolution (culture + TAAN) – Si CMI CRO > 0,125 mg/L ou alternative utilisée (TAAN J14)
Pharyngée*	Ceftriaxone 1 g	IM	1 j	Gentamicine 240 mg IM Ciprofloxacine 500 mg PO si ABg disponible	Si mauvaise évolution (culture + TAAN) – Si CMI CRO > 0,125 mg/L ou alternative utilisée (TAAN J14)
Infection génitale haute**	Ceftriaxone 1 g en association (doxycycline / métronidazole)	IM si ambulatoire IV si hospitalisée/compliquée	1 j (non compl.) 10-14 j (compl.)	Gentamicine 5 mg/kg IV (max 3 jours) Fluoroquinolones	Si mauvaise évolution (culture + TAAN) - Si CMI CRO > 0,125 mg/L ou alternative utilisée (TAAN J14)
Orchiépididymite**	Ceftriaxone 1 g	IM ou IV si hyperalgique/hospit.	1 j (non compl.) 7 j (compl.)	Gentamicine 5 mg/kg IV (DU souvent, max 3 jours si compl.) Ciprofloxacine 500 mg si ABg disponible	Si mauvaise évolution (culture + TAAN) - Si CMI CRO > 0,125 mg/L ou alternative utilisée (TAAN J14)
Rectale compliquée**	Ceftriaxone 1 g	IM ou IV si hyperalgique/hospit	A voir selon indication chirurgicale	Gentamicine 5 mg/kg IV (max 3 jours)	Rechercher une co-infection + discussion au cas par cas (TAAN à J14)
Bactériémie** +/- cutanée	Ceftriaxone 1 g	IV	7 j	Gentamicine 5 mg/kg IV (max 3 jours) Alternative selon ABg : ciprofloxacine	Oui (hémocultures)
Articulaire**	Ceftriaxone 1 g	IV	7 j	Gentamicine 5 mg/kg IV (max 3 jours) / Alternative selon ABg : ciprofloxacine	Si mauvaise évolution (ponction)
Ophtalmologique**	Ceftriaxone 1 g (non sévère) à 2 g (sévère)	IM (conjonc. simple) IV (sévère)	1 j Jusqu'à 7 j	Selon l'atteinte et la diffusion oculaire, avis spécialisé	Si mauvaise évolution (ponction/écouvillon)
Méningite, endocardite**	Ceftriaxone 2 g	IV	10 j (méning.) 4 sem. (end.)	Avis spécialisé	Selon évolution
Femme enceinte**	Ceftriaxone 1 g	IM ou IV	1 j	Gentamicine 240 mg IM	Selon le site

g : gramme ; IM : intramusculaire ; IV : intraveineux ; j : jours ; sem : semaine ; conjonc. : conjonctivite ; méning. : méningite ; end. : endocardite ; ABg : antibiogramme ; CMI : concentration minimale inhibitrice ; CRO : ceftriaxone ; kg : kilogrammes ; TAAN : test d'amplification des acides nucléiques ; compl. : compliquée.

*Précautions si retour d'Asie-Pacifique.

**Avis spécialisé recommandé.

Si CMI CRO (ceftriaxone) > 0,125 mg/L, envoi de la souche au CNR (Centre National de Référence) et avis spécialisé souhaité.

II. Recommandations HAS prise en charge des IST 2025

DIAGNOSTIC :

Comment ?

- Test PCR
- Recherche de sérovar L (LGV) si forme rectale symptomatique ou grosse adénopathie inguinale satellite

Qui tester ? Qui traiter ?

- Test:
 - Personnes symptomatiques
 - HSH multipartenaires (/ 3mois, multisites)
 - Cas contacts
 - Dépistage grossesse T1
 - Lors IVG
 - Dépistage femmes 15-25 ans sexuellement actives
- Traitement:
 - Test positif symptomatique ou non
 - Partenaire sexuel <14 jours quel que soit PCR

Chlamidia trachomatis

II. Recommandations HAS prise en charge des IST 2025

PRISE EN CHARGE :

Traitement :

- **Doxycycline 200mg** par jour PO (avec grand verre d'eau, 1h avant coucher, photoprotection)
- Y compris grossesse T1
- Durée:
 - 7 jours
 - IGH / orchi-épididymite: 10 à 14 jours
 - LGV: 21 jours
- Si allergie, CI doxycycline, grossesse T2 et T3:
azithromycine 1g DU (+/- répété suivant durée ttt)

Contrôle :

- Pas de contrôle systématique
- **PCR à 4 semaines** si :
 - Grossesse
 - Azithromycine et forme rectale / traitement autre que doxycycline pour LGV
 - Persistance des symptômes

Dépistage des partenaires :

- 6 derniers mois

Chlamidia trachomatis

II. Recommandations HAS prise en charge des IST 2025

DIAGNOSTIC :

Comment ?

- Sérologie:
 - TTA (TPHA): contact avec agent pathogène
 - RPR (VDRL): affirme infection active
 - Ttt si TTA + **ET** RPR +
- Contrôle à J7 des patients avec TTA + isolé non connu

Qui tester ? Qui traiter ?

- Test:
 - Personnes symptomatiques
 - HSH multipartenaires
 - Grossesse T1
 - Cas contacts
- Traitement:
 - Test positif
 - Femme enceinte cas contact
 - Contact < 3mois, ttt ou surveillance rapprochée

II. Recommandations HAS prise en charge des IST 2025

PRISE EN CHARGE : Traitement :

- **Syphilis précoce:** (primaire, secondaire et latente précoce)
 - Benzathine pénicilline G 2,4 M UI en IM (dilution dans lidocaïne 1% non adrénalinée)
 - Allergie: doxycycline 200mg/j pdt 14 jours
- **Syphilis latente tardive** ou non datable, tertiaire ou cardiovasculaire:
 - Benzathine pénicilline G 2,4 M UI en IM à J0 – J8 – J15
 - Allergie: doxycycline 200mg/j pdt 28 jours
- **Neurosyphilis, syphilis oculaire ou otosyphilis:**
 - Benzylpénicilline 20 M IU IV pdt 10 à 14 jours
 - Allergie ou relai possible ceftriaxone 2g/j en IV
 - Allergie grave: doxycycline 200mg/j pdt 28 jours
- **Grossesse:** urgence thérapeutique, idem indications générale pour 1^{ère} intentions, avis spécialisé

Contrôle :

- TNT (test non tréponémique) à M3 – M6 – M12
- Objectif: diminution d'un facteur 4 à M6 - M12
- Discuter PI si TNT reste > 8 à M6 – M12

Dépistage des partenaires :

- Syphilis primaire : 3 mois + la durée des symptômes
- Syphilis secondaire : 6 mois à 2 ans
- Syphilis latente précoce : 1 à 2 ans
- Probablement > 2 ans pour syphilis latente tardive

Syphilis

II. Recommandations HAS prise en charge des IST 2025

DIAGNOSTIC :

Comment ?

- Test PCR
- Recherche de résistance si test positif

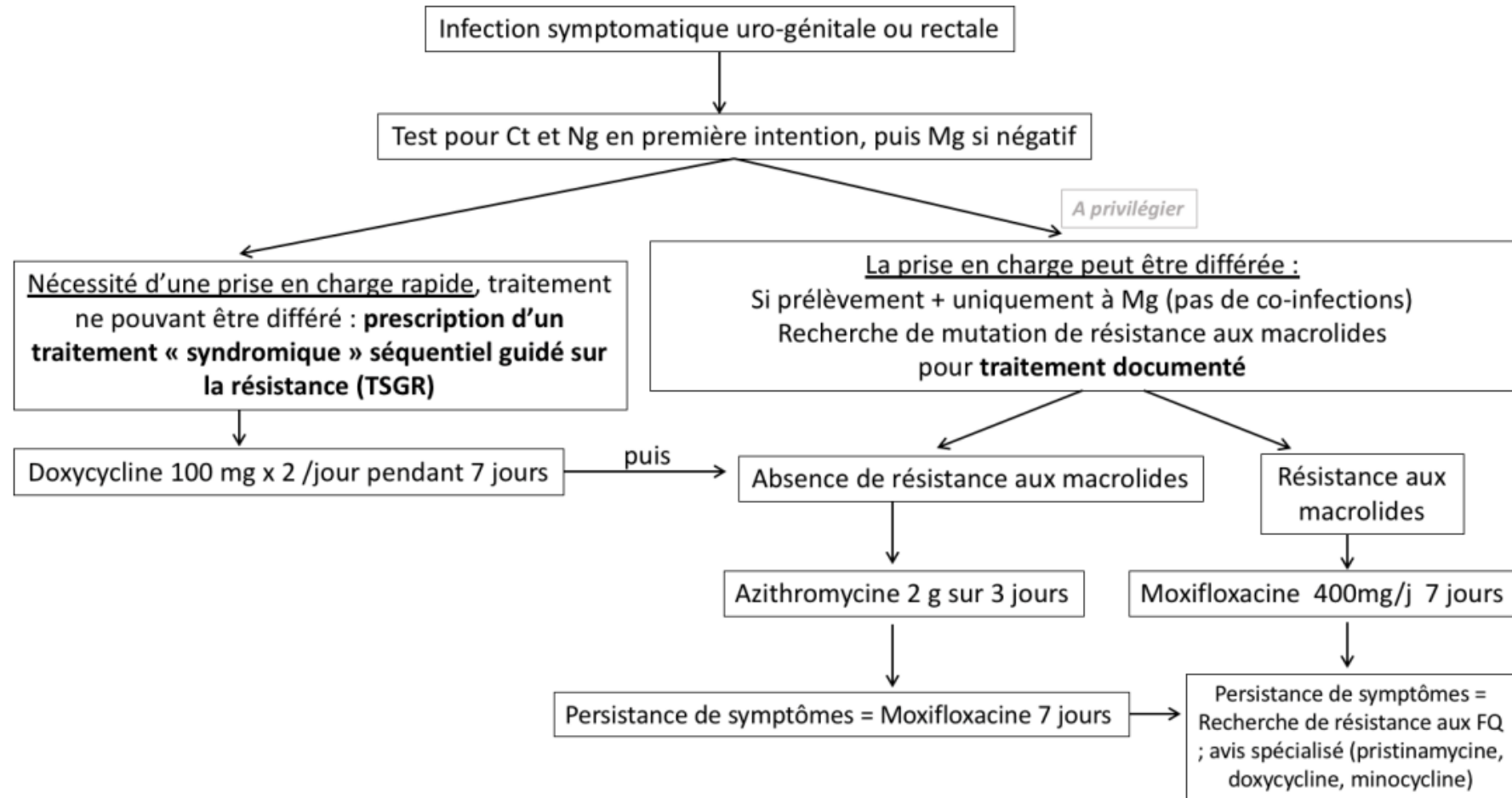
Qui tester ? Qui traiter ?

- Test:
 - Recherche de seconde intention si signes cliniques
 - Pas de contrôle sauf persistance de signes à 3 semaines de ttt
- Traitement:
 - Test positif symptomatique uniquement

Mycoplasma genitalium

II. Recommandations HAS prise en charge des IST 2025

PRISE EN CHARGE :



Mycoplasma genitalium

III. Recommandations infections respiratoires basses SPILF

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

Quelle imagerie réaliser à visée diagnostique ?

- **PAC ambulatoires** : radiographie de thorax ou échographie pleuropulmonaire
 - Obtention dans un délai court (< 3 jours)
 - Si forte présomption de PAC bactérienne, ne pas retarder l'antibiothérapie
 - En cas de normalité, reconsidérer le diagnostic de PAC et donc l'antibiothérapie
- **PAC hospitalisées** : radiographie de thorax ou échographie pleuropulmonaire
 - Scanner en cas de doute diagnostique
- **Echographie pleuropulmonaire** :
 - Outil diagnostique fiable (si praticien formé et expérimenté)
 - Particulièrement indiquée pour un patient présentant une insuffisance respiratoire aiguë

Quelle indication au dosage des biomarqueurs : CRP et PCT ?

- Non recommandé (ni pour le diagnostic, ni pour le suivi)

Quand réaliser la recherche d'antigénurie légionelle et pneumocoque ?

- PAC hospitalisées non graves : antigénurie *Legionella* si arguments évocateurs
- PAC hospitalisées graves : antigénurie *Legionella* et pneumocoque

Quand réaliser un prélèvement respiratoire à visée bactériologique ?



- ECBC en cas de **PAC hospitalisées non graves** si sécrétions muco-purulentes et particulièrement si :
 - Antibiothérapie non conventionnelle probabiliste envisagée
 - Antécédents connus d'infection respiratoire à SARM ou à *Pseudomonas aeruginosa*
 - Antibiothérapie parentérale dans les 3 derniers mois
 - Non réponse au traitement antibiotique de première ligne et/ou évolution défavorable (72h)
- **PAC hospitalisées graves** : réaliser un examen direct microscopique après coloration de Gram et mise en culture à partir d'un prélèvement respiratoire (AT*, PDP** ou LBA***, à défaut expectoration de bonne qualité)

Quand réaliser un test moléculaire au cours des PAC ?

Patients hospitalisés (selon le contexte **épidémique**) : **il est recommandé de faire une PCR virale** (recherche virus Influenza A/B, VRS et SARS-CoV-2)

Indications des PCR multiplex :

	Panel haut (sur écouvillon naso-pharyngé)	Panel bas (sur prélèvement respiratoire profond)
Ambulatoire	Non	Non
PAC hospitalisée non grave	D'emblée ou en 2 ^{ème} intention SI : <ul style="list-style-type: none"> - PCR virale négative - PCR spécifique non disponible 	Non
PAC hospitalisée grave	ET suspicion bactérie atypique ET/OU impact sur la prise en charge (modification antibiothérapie, isolement)	Si antibiothérapie autre que association C3G + macrolides ou suspicion bactérie atypique (notamment <i>Legionella</i>) et PCR spécifique non disponible

Comorbidités à considérer dans le choix d'une antibiothérapie probabiliste pour une PAC

Hospitalisation dans les 3 mois précédents
Antibiothérapie dans le mois précédent*
Éthylisme chronique
Troubles de la déglutition
Maladie neurologique 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 < 30mL/min)

- **Une seule comorbidité** suffit à modifier le choix de l'amoxicilline comme antibiothérapie probabiliste
- **L'âge** sans comorbidité n'est pas un critère à prendre en compte
- **L'asthme** n'est pas une comorbidité modifiant de choix de l'antibiothérapie probabiliste

* sauf nitrofurantoïne, fosfomycine orale, pivmécillinam ; **AVC, Parkinson, Démence, SEP... ; ***corticoïdes systémiques ≥ 10 mg/j, autres traitements immunosuppresseurs, asplénie, agranulocytose, infection par le VIH avec une numération lymphocytaire T CD4 $\leq 200/\text{mm}^3$, déficit immunitaire primitif...; ****Oxygénothérapie Longue Durée

Quelle antibiothérapie des PAC en ambulatoire ?

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

Uniquement si allergie grave aux bêta-lactamines et pas d'autre possibilité thérapeutique : lévofloxacine

Lors de la réévaluation à H72

En cas d'échec de l'antibiothérapie par bêta-lactamine : **relais par un macrolide.**

En cas d'échec de l'antibiothérapie par macrolide : **relais par une bêta-lactamine** (amoxicilline ou amoxicilline-acide clavulanique ou C3G injectable selon la présence de comorbidités)

Quelle antibiothérapie probabiliste des PAC non graves en hospitalisation ?

	1 ^{er} choix	Alternative
Sans comorbidité	Amoxicilline	C3G parentérale (ceftriaxone ou céfotaxime)
Avec comorbidité(s)	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 72h		

Lévofoxacine : uniquement si allergie grave aux bêta-lactamines ou si contre-indication aux macrolides en cas de suspicion de bactérie atypique

Quelle antibiothérapie des PAC graves ?

(en l'absence de facteur de risque d'infection à *Pseudomonas aeruginosa*)

	Molécule(s)	Allergie / alternative
Initiale	C3G parentérale (ceftriaxone ou céfotaxime) + Macrolide	Lévofoxacine (uniquement si allergie contre indiquant l'utilisation de bêta-lactamines)
Désescalade	La plus précoce possible selon évolution clinico-biologique et documentation microbiologique	

Quelle ATB probabiliste ou documentée des PAC graves à *Staphylococcus aureus* sécréteur de toxine de Panton Valentine ?

Tableau évocateur de PAC grave à *S. aureus* sécréteur de toxine de Panton Valentine :

Contexte post-grippal, gravité, présentation évocatrice : hémoptysie, leucopénie, rash cutané et pneumonie nécrosante (nodules multiples, images excavées)

*clindamycine : active sur la plupart des bactéries atypiques mais pas sur toutes les souches de légionelle

	Molécule(s)	Allergie / alternative
Initiale (probabiliste)	C3G parentérale (céfotaxime ou ceftriaxone) + macrolide + linézolide	C3G parentérale (céfotaxime ou ceftriaxone) + vancomycine + clindamycine* <u>En cas d'allergie aux bêta-lactamines :</u> Lévofoxacine + linézolide
Désescalade (lors de la documentation)		
SASM LPV+	Pénicilline M IV ou céfazoline + clindamycine* ou rifampicine	- Vancomycine + clindamycine* ou rifampicine ou - Linézolide
SARM LPV+	Linézolide	Vancomycine + clindamycine* ou rifampicine

Quelle durée de traitement antibiotique ?

	Durée recommandée
PAC avec critères de stabilité clinique à J3	3 jours
PAC avec critères de stabilité clinique > J3-J5	5 jours
Autre	7 jours

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

Critères de stabilité clinique	Valeurs
Température	$\leq 37,8^{\circ}\text{C}$
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

Quand prescrire une Bêta-lactamine anti *Pseudomonas aeruginosa* ?

- PAC non graves, si
 - Colonisation et/ou infection respiratoires récentes (< 1 an) documentées à *P. aeruginosa*
- PAC graves, si
 - Colonisation et/ou infection respiratoires récentes (< 1 an) documentées à *P. aeruginosa*
 - Ou Antibiothérapie parentérale récente (< 3 mois) ou BPCO grave ou bronchectasies ou trachéotomie
- Modalités
 - **Céfépime** ou **pipéracilline-tazobactam** en première intention en l'absence de colonisation préalablement documentée avec antibiogramme disponible
 - Prendre en compte le dernier antibiogramme disponible pour le choix de la bêta-lactamine utilisée dans le cadre du traitement probabiliste (en cas de **colonisation et/ou infection préalablement documentée**)
 - Réaliser des **examens bactériologiques** en cas de prescription probabiliste d'une bêta-lactamine active sur *P. aeruginosa* afin de faciliter la réévaluation de l'antibiothérapie et la désescalade
 - Ajouter une molécule active sur les **bactéries atypiques** en cas d'antibiothérapie probabiliste d'une PAC grave chez un patient à risque de *P. aeruginosa*

Quand prescrire une corticothérapie systémique?

- **PAC graves**
 - En l'absence de :
 - Myélosuppression,
 - Pneumonie d'inhalation
 - Etiologie grippale
 - Modalités : Hémisuccinate d'hydrocortisone
 - Dans les 24 heures suivant l'apparition des signes de gravité
 - Posologie de 200 mg/j (IVSE) : J1-J4
 - J4 : réévaluation puis décroissance
 - Durée totale (fonction de la réévaluation) : 8 à 14 jours

Quelle imagerie de contrôle et à quel moment ?

- **Scanner thoracique**
 - A H72, si non-amélioration ou aggravation
 - Après un délai d'au moins 2 mois, si présence de facteur de risque de cancer broncho pulmonaire : âge ≥ 50 ans associé à un tabagisme (≥ 20 paquets-année actif ou sevré depuis moins de 15 ans) après information du patient dans le cadre d'une décision partagée

Nouveautés

- **Echographie pleuro pulmonaire** possible en première intention pour le diagnostic
- **Scanner thoracique** en cas de doute diagnostique
- Indication limitée des **tests respiratoires moléculaires**
- L'**âge** isolé n'est pas une comorbidité modifiant l'antibiothérapie probabiliste
- En cas de non amélioration à 72h de bêta-lactamine : **relais** (et non ajout) **vers macrolides**
- **Durée antibiotique de 3j** si patient stable à J3
- Indication de l'**hémisuccinate d'hydrocortisone** en cas de PAC grave
- Indication du **scanner de contrôle** à > M2 si facteur de risque de cancer pulmonaire

LES PNEUMOPATHIES AIGUES DE L'ADULTE PATIENT AMBULATOIRE

Actualisation des recommandations en mars 2025 par la SPILF, la SFM,
 la SFMU, la SFR, la SRLF et des représentants de médecine générale



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

Comorbidités

Hospitalisation dans les 3 mois, ATB dans le mois
 précédent, Ethylisme chronique, Troubles de la déglutition
 Maladie neurologique sévère avec risque de fausse route
 Néoplasie active, Immunodépression, BPCO sévère, IC
 congestive, IRC (DFG < 30ml/min)

3

JOURS

**C'est la durée de traitement
 si le patient est cliniquement stable* à J+3.**

*Critères de stabilité clinique : $T^{\circ} \leq 37.8^{\circ}C$, $PAS \geq 90$ mmHg, $FC \leq 100/min$, $FR \leq 24/min$,
 $SpO_2 \geq 90\%$ AA ou $PaO_2 \geq 60$ mmHg en AA

Sans comorbidité	AMOXICILLINE
Au moins une comorbidité	AMOXICILLINE/ ACIDE CLAVULANIQUE
Suspicion de co/surinfection bactérienne d'une infection virale (grippe)	AMOXICILLINE/ ACIDE CLAVULANIQUE
Tableau évocateur d'infection ou mise en évidence d'une bactérie atypique	MACROLIDE

III. Recommandations infections respiratoires basses SPILF

Prise en charge des pneumonies d'inhalation

Recommandation
SPILF en partenariat avec la SFGG
GINGER

Jeu de diapositives réalisées par le comité des
référentiels de la SPILF le 08/01/2025

Critères diagnostiques de la pneumonie d'inhalation

Diagnostic de PI: (1) + (2)

(1) Diagnostic positif de pneumonie

- Signes cliniques d'infection respiratoire aiguë 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.**

Epidémiologie des PI

- Les bactéries les plus identifiées : *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *S. aureus*, des enterobacterales
- Moins fréquemment : *P. aeruginosa*
- Les bactéries anaérobies sont actuellement rarement identifiées possiblement en lien avec une amélioration de l'hygiène bucco dentaire et des modalités de documentation microbiologique

Imagerie

- 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

Biologie

- L'utilisation des marqueurs biologiques (VS, CRP, PCT) n'est pas recommandée pour affirmer ou exclure le diagnostic
- Aucun examen complémentaire bactériologique systématique n'est recommandé
- Un ECBC doit être réalisé avant l'initiation d'une antibiothérapie à activité anti-*P. aeruginosa*.
- Les antigénuries (pneumocoque et légionelle) ne sont pas recommandées.
- 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

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 bêtalactamines : cotrimoxazole PO ou IV

Il est recommandé de ne pas associer le métronidazole

Antibiothérapie, situations particulières



- Après une fausse route constatée :
 - Pas d'antibiothérapie, surveillance clinique.
 - Antibiothérapie uniquement en présence des critères de PI
- En l'absence d'évolution favorable à 72h de l'antibiothérapie initiale :
 - Relais par pipéracilline – tazobactam
- En cas de rechute et de récurrence d'une PI ayant eu une évolution favorable
 - Reprendre le schéma antibiotique initial

Antibiothérapie des PI présentant des critères de gravités



Considérer les FDR d'infection pouvant impliquer *P. aeruginosa* et SARM.

- Au moins un FDR de *P. aeruginosa* parmi : antécédant de colonisation ou d'infection respiratoire récente (<1 ans) documenté à *Pseudomonas*, antibiothérapie parentérale récente (<3 mois), BPCO sévère, bronchiectasies, trachéotomie.
 - Piperacilline-tazobactam en traitement probabiliste
- Patients précédemment connu colonisé à SARM.
 - Ajout du linezolide en traitement probabiliste
- En l'absence de FDR d'infection à *P. aeruginosa* ou à SARM, le traitement est identique à celui recommandé dans les formes sans critères de gravités.

En cas pneumonie grave dont le mécanisme est incertain :

- Appliquer les recommandations de la SPILF de 2025 sur la PAC grave.

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

Mesures de prévention secondaire

- Position ½ assise (>30), mobilisation (mise au fauteuil), verticalisation et rééducation précoce
- Tester la déglutition avant la prise orale, Soins d'hygiène bucco-dentaire
- Epaississement des liquides
- Alimentation par SNG ou GPE non efficace pour prévenir les PI
- La scopolamine n'est pas recommandée en prévention des récurrences de PI
- Les médicaments qui doivent être réévalués et si possible arrêtés pour éviter la récurrence de PI sont :
 - Les médicaments modifiant la vigilance (psychotropes)
 - Les médicaments interférant avec la déglutition (médicaments anticholinergiques)
 - Les inhibiteurs de la pompe à proton

Mesures de prévention

- Réalisation systématique d'un test de déglutition et une évaluation nutritionnelle

Selon les cas :

- Un avis orthophoniste,
- Un avis médical spécialisé (gériatre, ORL, gastro-entérologue, neurologue),
- Examen complémentaire à discuter : imagerie cérébrale, vidéo-fluoroscopie

Merci de votre attention

RDV la semaine du 18 novembre 2026 pour le 3^{ème} journée



Retrouvez le CRAtb Centre-Val de Loire sur les réseaux sociaux

