



# Nouvelles recommandations pneumopathies communautaires

Journée des référents PCI et BUA des établissements de santé  
Mardi 1<sup>er</sup> avril 2025

Docteur Elise FIAUX  
Infectiologue  
Centre Régional en Antibiothérapie

# Cadre des recommandations

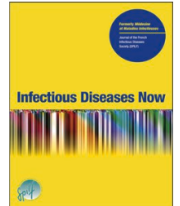
- PNP communautaires
- Exclusion :
  - infections virales
  - pnp d'inhalation
  - DDB
  - mucoviscidose



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

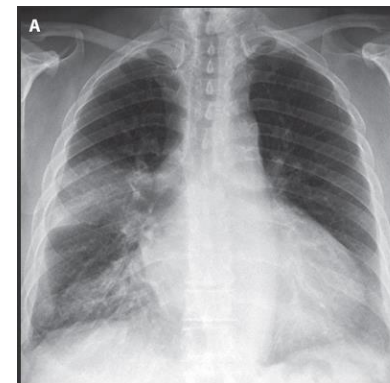
Infectious Diseases Now

journal homepage: [www.sciencedirect.com/journal/infectious-diseases-now](http://www.sciencedirect.com/journal/infectious-diseases-now)



## Guidelines

Update of guidelines for management of community acquired pneumonia in adults by the French infectious disease society (SPILF) and the French-speaking society of respiratory diseases (SPLF). Endorsed by the French intensive care society (SRLF), the French microbiology society (SFM), the French radiology society (SFR) and the French emergency society (SFMU)



# Choix du ttt ATB

- selon ATCD du patient
- selon situation : ambulatoire / hospitalisation / soins intensifs

---

## Comorbidities modifying the choice of probabilistic antibiotic therapy for CAP

---

Hospitalization during the preceding three months

Antibiotic therapy during the preceding month\*

Chronic alcoholism

Swallowing difficulties

Severe neurological disease with risk of swallowing “the wrong way”\*\*

Active neoplasia

Immunodepression\*\*\*

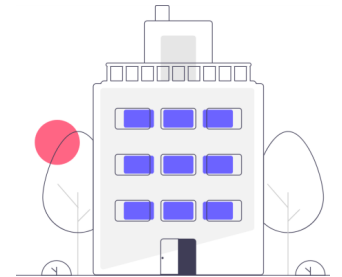
Severe COPD (FEV1 < 50 %) or chronic respiratory failure (LTOT or NIV)

Congestive heart failure

Hepatic failure

Chronic renal failure (GFR < 30 mL/min)

---



# Choix du ttt ATB : ambulatoire



	<b>1<sup>er</sup> choix</b>	<b>Alternative</b>
<b>Without comorbidities</b>	Amoxicillin	Pristinamycin
<b>With at least one comorbidity*</b>	Amoxicillin-clavulanic acid	Parenteral 3GC *
<b>Suspicion of co/superinfection of a viral bacterial infection (flu)</b>	Amoxicillin-clavulanic acid	Parenteral 3GC Or pristinamycin
<b>Clinical picture suggesting infection or highlighting atypical bacteria</b>	Macrolide	Pristinamycin or doxycycline
<b>Reevaluation at 72 h</b>		

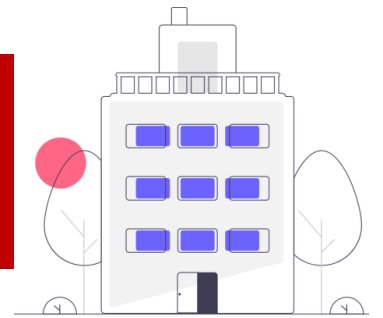
\*seulement si CI  $\beta$ lactamines : levo

!! Aucune place pour les C3G orales

Si échec à H72 : arrêt  $\beta$ lactamines et changement pour un macrolide

Pas de bithérapie d'emblée

# Choix du ttt ATB : Hospit NON sévère



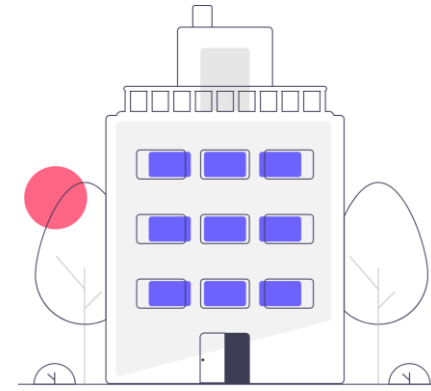
	<b>1st choice</b>	<b>Alternative</b>
<b>Without comorbidities</b>	Amoxicillin	Parenteral
<b>With comorbidities</b>	Amoxicillin-clavulanic acid	3GC
<b>Suspected bacterial co/superinfection of a viral infection (influenza)</b>	Amoxicillin-clavulanic acid	
<b>Clinical picture suggestive of atypical bacterial infection</b>	Macrolide	Levofloxacin

**Reevaluation at 72 h**

**!! Aucune place pour la pristinamycine, ni bithérapie d'emblée**

Si mauvaise évolution à H72 : éliminer complications (pleurésie), BMR  
Switch pour un macrolide si suspicion d'un germe atypique

# Choix du ttt ATB : Hospit pnp sévère

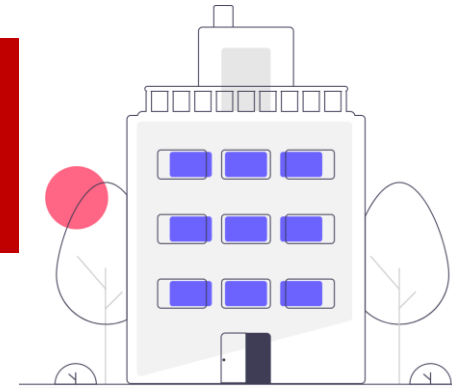


Definition of severe pneumonia If one major criterium or at least three minor criteria (according to ATS/IDSA) [86–90,131].

Major criteria	Septic shock
	Respiratory distress necessitating mechanical ventilation
Minor criteria	Respiratory rate $\geq 30$ cycles/min PaO <sub>2</sub> /FIO <sub>2</sub> $\leq 250^*$ Multilobar infiltrates ( <i>i.e.</i> , $\geq 2$ ) Confusion/disorientation Plasma urea $\geq 3.3$ mmol/L Leukopenia (leukocytes $< 4000/\text{mm}^3$ )† Thrombocytopenia (platelets $< 100,000/\text{mm}^3$ ) Hypothermia (body temperature $< 36$ °C) Hypotension necessitating volume expansion

**= soins intensifs**

# Choix du ttt ATB : Hospit sévère



En 1<sup>ère</sup> intention :

**C3G IV + macrolide**

Alternative (allergie) : levofloxacin

Réévaluation : désescalade le plus tôt possible  
selon évolution et documentation microbiologique

# Posologies nécessaires et suffisantes

Antibiotic dosage during CAP (without renal failure).

Antibiotics	Not in critical care	In critical care
Amoxicillin	1 g × 3/d	2 g × 3/d
Pristinamycin	1 g × 3/d	No
Amoxicillin-clavulanic acid	1 g × 3/d	1 or 2 g × 3/d
Cefotaxime	1 g × 3/d	80–100 mg/kg/d
Ceftriaxone	1 g × 1/d	2 g × 1/d
Levofloxacin	500 mg/d	500 mg à 1000 mg/d
Azithromycin	500 mg/d (D1), then 250 mg/d	500 mg/d (D1), then 250 mg/d
Clarithromycin	500 mg × 2/d	500 mg × 2/d
Spiramycin	1.5 MUI to 3 MUI × 3/d	3 MUI × 3/d
Doxycycline	100 mg × 2/d	100 mg × 2/d
Cefazoline	80–100 mg/kg/d	80–100 mg/kg/d*
Penicillin M	80 to 100 mg/kg/d	100 mg/kg/d*
Linezolid	600 mg × 2/d	600 mg × 2/d

\*in three daily infusions or continuous infusion after a loading dose of 30 mg/kg in one hour.



# Durée (même si pleurésie)

À J3



Clinical stability criteria	Levels
Temperature	$\leq 37.8$ °C
Systolic blood pressure	$\geq 90$ mmHg
Heart rate	$\leq 100$ /min
Respiratory rate	$\leq 24$ /min
SpO <sub>2</sub> or PaO <sub>2</sub>	$\geq 90$ % in room air $\geq 60$ mmHg in room air

Amélioration clinique à  
J3

3 j

Amélioration clinique  
entre J3 et J5

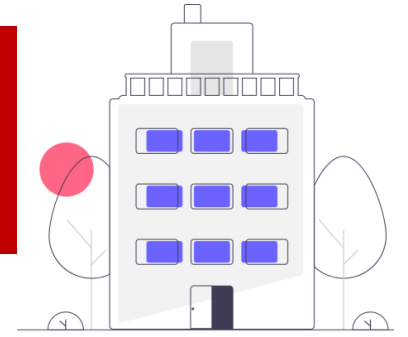
5 j

Pas d'amélioration  
clinique à J5

7 j

Si et seulement si autres complications (abcès, pleurésie de grande abondance,...)  $\geq 7$  j

# *Pseudomonas aeruginosa*



Prise en compte si

- ATCD de colonisation  $\leq 1$  an
- soins intensifs + ATCD BCPO sévère/DDB/trachéotomie  $\leq 3$  mois

Antibiothérapie probabiliste : CEFEPIME ou TAZO (*avis d'expert*)

+ macrolide

# Germes atypiques

---

## Antibiotic therapy in cases of atypical bacteria

---

	<b>Molécule (s)</b>	<b>Allergy / alternative</b>
<b>Legionellosis</b>	Macrolide	If severe form or contraindication to macrolides: levofloxacin
<b><i>Mycoplasma pneumoniae</i></b>	Macrolide	Cyclin
<b><i>Chlamydia pneumoniae</i></b>	Macrolide	If contraindication to macrolides and cyclins: levofloxacin Cyclin
		If contraindication to macrolides and cyclins: levofloxacin

---

Macrolides: azithromycin, clarithromycin, roxithromycin, spiramycin

# Autres infections respiratoires – HAS 2024

- **Légionellose** : 14 j (FQ) si AZM 5 j
- **Pleurésie para pneumonique non compliquée (que la plèvre soit ponctionnée ou pas)** : idem pneumonie
- **Pleurésie purulente** : 15 jours après la dernière évacuation pleurale si évolution favorable

Si nouveau drainage ou ré intervention chirurgicale et décision d'antibiothérapie: durée 15 jours, à partir de la date de chirurgie ou drainage.

- **Pneumonies associées aux soins ou sous ventilation** : 7 j **sauf** immunodéprimés et situations particulières (empyème, pneumonie nécrosante ou abcédée).
- **Exacerbation aiguë de BPCO**: 5 j

# Corticothérapie

Aucune place dans les PNP non sévères

PNP sévères :

Hydrocortisone 200 mg/j IV

Réévaluation à J4 → durée entre 8 et 14 j

# Examens biologiques

CRP non systématiquement recommandée pour le dg ni pour le suivi

PCT : non recommandée

Antigénuries pneumocoque et légionnelle : recommandées en soins intensifs

Documentation par ECBC :

- soins intensifs : PBDP
- PNP non sévères : ECBC si ATCD de SARM/Pyo, ATB non conventionnel, ATCD d'ATB large spectre  $\leq 3$  m

Hémocultures : en milieu hospitalier

# Tests moléculaires

- PNP ambulatoires : pas de PCR (même virales), avis d'expert
- PNP non sévères :
  - PCR virales triplex COVID, grippe, VRS
  - ± panel multiplex VAS (*Mycoplasma pneumoniae*) si triplex -
- PNP sévères :
  - PCR virales triplex COVID, grippe, VRS
  - ± panel multiplex VAS (*Mycoplasma pneumoniae*) si triplex -
  - ± panel multiplex VAI (*Legionella*)

# Imagerie

- Echographie thoracique : outil en hospitalisation
- Radiographie thoracique : dans les 3 j
- Scanner thoracique low-dose :
  - NON en ambulatoire
  - OUI en hospitalisation si dg incertain
- SUIVI :
  - non systématique en ambulatoire
  - OUI si pas d'amélioration à J3  
ou FDR cancer (âge  $\geq$  50 ans, tabagisme) à 2 mois



# Conclusion

- Amoxicilline >> AAC
- Germes atypiques : macrolides
- Durée actuelle recommandée : **3 à 5 j** (max 7 j)
- Corticothérapie
  
- PCR triplex/multiplex
- Place de l'imagerie : TDM low-dose
  
- Alerte en 2023-2024 sur les infections à *Mycoplasma pneumoniae*