

# **Pneumopathie : Nouvelles recommandations communautaires**

**Journée régionale  
ESMS - Rouen**

**23/09/2025**

**Dr Marianne Delestre, Johann Mazik  
Médecins généralistes, CRAfb Normantibio**



**Normantibio**  
CRAfb Normandie

## Recommandations élaborées en collaboration :

- Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française
- Société de Pneumologie de Langue Française
- Société Française de Médecine d'Urgence
- Société Française de Microbiologie
- Société Française de Radiologie
- Société de Réanimation de Langue Française



A. Dinh, F. Barbier, J.-P. Bedos et al., 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)

## **Ce qui est concerné par ces recommandations :**

« La prise en charge initiale des Pneumonies Aiguës Communautaires (PAC) de l'adulte en ambulatoire et à l'hôpital, ainsi qu'en cas de forme grave, sans recommandation spécifique pour les soins critiques. »

## **Ce qui n'est pas concerné par ces recommandations :**

Les pneumonies d'inhalation

Les pneumonies virales sans signe de surinfection bactérienne

Les patients porteurs de dilatation des bronches

## Critères de pneumonie grave :

1 majeur OU 3 mineurs suffisent

<b>MAJEURS</b>	Choc septique
	Détresse respiratoire nécessitant le recours à la ventilation mécanique
<b>Mineurs</b>	Fréquence respiratoire > 30 cycles / minute
	PaO <sub>2</sub> / FIO <sub>2</sub> ≤ 250
	Infiltrats multilobulaires (≥ 2)
	Confusion / désorientation
	Urée plasmatique ≥ 7,14 mmol/L
	Leucopénie due à l'infection seule (leucocytes ≤ 4000 / mm <sup>3</sup> )
	Thrombocytopénie (plaquettes ≤ 100 000 / mm <sup>3</sup> )
	Hypothermie (T < 36°C)
	Hypotension nécessitant une expansion volémique

## Quelle imagerie pour le diagnostic ?

PAC ambulatoire :

Radio de thorax OU **échographie pleuropulmonaire** (échoscopie)

= outil diagnostique fiable si praticien formé et expérimenté, particulièrement indiquée si insuffisance respiratoire aiguë

► une solution avec les médecins généralistes ?

A considérer :

Délai d'obtention court (< 3 jours)

Forte suspicion de pneumonie bactérienne : ne pas retarder l'antibiothérapie

Si normale, reconsidérer le diagnostic de PAC (et donc d'antibiothérapie)

## Et la biologie ?

CRP et PCT : non utiles au diagnostic ni au suivi !

Antigénurie légionnelle et pneumocoque : uniquement en hospitalier

Prélèvement des voies respiratoires inférieures (ECBC, LBA, AT, PDP) :  
uniquement en hospitalier

PCR virale : uniquement en hospitalier

# Le choix de l'antibiothérapie

On regarde les comorbidités :

Hospitalisation moins de 3 mois avant

Antibiothérapie dans le mois précédent (sauf cystite)

Troubles de la déglutition, maladie neurologique avec risque de fausse route (AVC, Parkinson, démence, SEP...)

Néoplasie active

Immunodépression (corticoïdes PO  $\geq 10$  mg/j, autres immunosuppresseurs, asplénie, agranulocytose, HIV avec numération lymphocytes T CD4  $< 200 / \text{mm}^3$ , déficit immunitaire primitif...)

BPCO sévère (VEMS  $< 50$  % théorique) ou insuffisance respiratoire chronique ( $\text{O}_2$  longue durée, VNI)

Insuffisance cardiaque congestive

Insuffisance hépatique

Insuffisance rénale chronique (DFG  $< 30$  mL/min)

Ethylisme chronique

## Le choix de l'antibiothérapie

- ▶ On constate que **l'âge n'entre pas dans les comorbidités**
- ▶ Une seule comorbidité enlève le choix de l'amoxicilline comme antibiothérapie probabiliste
- ▶ Mais l'asthme ne modifie pas ce choix

## Le choix de l'antibiothérapie

	1 <sup>er</sup> choix	Alternative
<b>Sans comorbidité</b>	amoxicilline 1 g 3x/j	pristinamycine 1 g 3x/j
<b>≥ 1 comorbidité, ou suspicion de co / surinfection bactérienne d'une infection virale</b>	amoxiciline + acide clavulanique 1 g 3x/j	C3G parentérale (ceftriaxone 1 g/j ou cefotaxime 1 g 3x/j)
<b>Tableau évocateur ou mise en évidence de bactérie atypique</b>	Macrolide (azithromycine 500 mg J1 puis 250 mg/j, clarithromycine 500 mg 2x/j, roxithromycine 150 mg 2x/j, spiramycine 1,5 – 3 MUI 3x/j)	pristinamycine (1 g 3x/j) ou doxycycline (100 mg 2x/j)
<b>Réévaluation à 72 heures</b>		

- ▶ Si allergie grave aux beta-lactamines sans autre possibilité thérapeutique : levofloxacin

## La réévaluation à 72 heures

Echec d'antibiothérapie par beta-lactamine

▶ **relais par un macrolide**

Echec d'antibiothérapie par macrolide

▶ **relais par une beta-lactamine** (amoxicilline ou amoxicilline + acide clavulanique ou C3G injectable selon comorbidités)

## Durée du traitement à partir de la réévaluation à 72 h

### Critères de stabilité clinique

Température  $\leq 37,8^{\circ}\text{C}$

Pression artérielle systolique  $\geq 90$  mmHg

Fréquence cardiaque  $\leq 100/\text{min}$

Fréquence respiratoire  $\leq 24/\text{min}$

SpO<sub>2</sub>  $\geq 90$  % AA ou PaO<sub>2</sub>  $\geq 60$  mmHg en AA

### ► Durées recommandées selon les critères de stabilité clinique :

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

## Les nouveautés à retenir

Echographie pleuropulmonaire possible pour le diagnostic : MG ?  
(et scanner réservé à l'hospitalier)

CRP, PCT peu utiles et tests respiratoires réservés à l'hospitalier

L'âge seul ne suffit pas à modifier l'antibiothérapie probabiliste

Relais par macrolides si inefficacité des beta-lactamines à J3

Durée de l'antibiothérapie = 3 jours si stabilité clinique à J3

**Merci pour votre attention !**