

GUIDE D'ANTIBIOTHÉRAPIE DU CSSSNL : SYSTÈME RESPIRATOIRE

Table des matières

Bronchite aiguë	Exacerbation aiguë d'une maladie pulmonaire obstructive chronique	Pneumonie acquise en communauté en pédiatrie
Pneumonie acquise en communauté chez l'adulte	Pneumonie nosocomiale chez l'adulte	Pneumonie d'aspiration
Références	Révision	

Bronchite aiguë

Agents habituels	Bilan	Tx initial avant résultat de culture	Alternative	Commentaires
Habituellement viral (>90%) Rarement : <i>M. pneumoniae</i> , <i>C. pneumoniae</i> , <i>B. pertussis</i>	Examen	Antibiotiques généralement non recommandé Traiter si suspicion de coqueluche (et sx depuis moins de 3 semaines), avec macrolide ou TMP-SMX X 7 jours	Considérer atb (macrolides ou doxycycline X 7 jours) si toux plus de 3 semaines et pt âgé/comorbide	Considérer possibilité d'asthme Si coqueluche, test diagnostic à faire

Exacerbation aiguë d'une maladie pulmonaire obstructive chronique

Syndrome	Agents habituels	Bilan	Tx initial avant résultat de culture	Alternative	Commentaires
1. Exacerbation simple	Viral : 20-50% <i>S. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i> Entérobactéries Plus rares : <i>S. aureus</i> <i>M. catharralis</i> <i>B. pertussis</i>	Examen + culture expecto X 2, RX pulmonaire, saturation, VEMS.	Amoxicilline 500 mg TID X 5J ou Céfuroxime axétil 500 BID X 5J ou TMP/SMX DS 1 CO BID X 5J ou Doxycycline 100 mg BID X 5J ou Macrolide	Amoxicilline - acide clavulanique 875 mg BID X 5J	Vaccin Pneumovax et antigrippal Considérer diagnostics alternatifs (insuffisance cardiaque...) Utiliser thérapies complémentaires (bronchodilatateurs, corticostéroïdes systémiques)

Syndrome	Agents habituels	Bilan	Tx initial avant résultat de culture	Alternative	Commentaires
2. Exacerbation complexe Un des facteurs de risques suivant : <ul style="list-style-type: none"> • Prise d'antibiotiques dans le dernier mois* • ≥ 4 épisodes dans la dernière année • corticothérapie orale chronique • VEMS < 50% • O₂ à domicile • Comorbidité majeure (MCAS, cancer du poumon) 	Idem à ci-haut mais résistance à ATB de 1 ^{ère} ligne à craindre	Idem à ci-haut	Amoxicilline-acide clavulanique 500 mg TID ou 875 mg BID X 5J	Levofloxacin 750mg po die X 2 jours Si sévère, peut nécessiter une antibiothérapie parentérale orientée selon les cultures	*Si récidive dans le mois suivant un tx d'EABC, on recommande de changer de classe d'antibiotique Vaccin anti-pneumocoque et antigrippal Considérer diagnostics alternatifs (insuffisance cardiaque...) Utiliser thérapies complémentaires (bronchodilatateurs, corticostéroïdes systémiques)

Pneumonie acquise en communauté en pédiatrie

Syndrome	Agents habituels	Bilan	Tx initial avant résultat de culture	Alternative	Commentaires
Traitement ambulatoire :					Durée 5 jours
3 mois à 5 ans	<i>S. pneumoniae</i> <i>RSV</i> <i>M. pneumoniae</i> <i>C. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i>	Auscultation RX poumons +/- culture d'expecto X 2	Amoxicilline 80-90 mg/kg/jour div TIDX (max : 3 g/j)	Clarithromycine 15 mg/kg/jour div BID (max : 1 g/j) ou Cefprozil 30 mg/kg/jour div BID (max : 1 g/j)	Cesser dès que stabilité clinique
> 6 ans	<i>M. pneumoniae</i> <i>S. pneumoniae</i> <i>C. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i> <i>Influenza</i> , <i>adenovirus et autres virus respiratoires</i>	Auscultation RX poumons +/- culture d'expecto X 2	Clarithromycine 15 mg/kg/jour div BID (max : 1g/j) ou Azithromycine 10 mg/kg jour 1 5 mg/kg die jours 2-3 (max 500 mg)		Durée 5 jours Cesser dès que stabilité clinique
Traitement intra-hospitalier :					Durée 5 jours
0-1 mois	<i>Strepto. B</i> <i>E. coli</i> <i>Listeria</i> <i>C. trachomatis</i>	Auscultation RX poumons FSC Hémocultures A+C urine PL <i>Influenza/RSV</i> en saison	Ampicilline IV 200 mg/kg/jour div q 6 h ⊕ Gentamicine 2,5 mg/kg q 8h		Cesser dès que stabilité clinique

1 mois à 5 ans	<i>S. pneumoniae</i> <i>RSV</i> <i>M. pneumoniae</i> <i>C. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i>	Auscultation RX poumons FSC Hémocultures Dépistage <i>Influenza/</i> <i>RSV</i> en saison	Ampicilline IV 200 mg/kg/jour div q 6 h (max : 12 g/j)	Exceptionnellement, si état septique: Cefotaxime IV 200 mg/kg/jour div q 6 h (max : 8g/j) si moins de 3 mois Ou Ceftriaxone IV 50- 100 mg/kg q 24h (max : 2g/j) si 3 mois ou plus	Durée 5 jours Cesser dès que stabilité clinique
> 6 ans	<i>M. pneumoniae</i> <i>S. pneumoniae</i> <i>C. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i> <i>Influenza,</i> <i>adenovirus et</i> <i>autre virus</i> <i>respiratoires</i>	Auscultation RX poumons FSC Hémocultures Dépistage <i>Influenza/RS</i> <i>V</i> en saison	Ampicilline IV 200 mg/kg/j q 6 h (max : 12 g/j) ⊕ Clarithromycine PO 15 mg/kg/j ÷ 2 pour 7-10 jours (max : 1g/j) ou Azithromycine 10 mg/kg jour 1 5 mg/kg die jours 2-5 (max : 500 mg/jour)	Ceftriaxone IV 50- 100 mg/kg q 24h (max : 2g/j) ⊕ Macrolide	Durée 5 jours Cesser dès que stabilité clinique

Pneumonie acquise en communauté chez l'adulte

Syndrome	Agents habituels	Bilan	Tx initial avant résultat de culture	Alternative	Commentaires
Traitement ambulatoire* :					
Pas de MPOC	<i>M. pneumoniae</i> <i>S. pneumoniae</i> <i>C. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i>	Auscultation RX poumons +/- culture d'expecto X 2	Macrolide ou Doxycycline 100 mg po BID ou Amoxicilline HD 1g po TID		Durée suggérée : 5 jours Cesser dès que stabilité clinique
Présence de facteurs de co-morbidités : MCAS MPOC IRC DM ROH Cancer Immunosuppression Utilisation d'antibiotiques les derniers 3 mois**	<i>S. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i> <i>M. pneumoniae</i> Entérobactéries <i>S. aureus</i> <i>Influenza</i> <i>RSV</i>	Auscultation RX poumons Culture d'expecto X 2	Amoxicilline HD 1g po TID ou Amoxicilline/ clavulanate 875mg po BID ⊕ Macrolide ^(†) Ou Doxycycline 100 mg po BID	Céphalosporine de 2 ^e génération ⁽¹⁾ Seulement si allergie sévère aux Beta- lactames Levofloxacine 500mg po die	Durée suggérée : 5 jours Cesser dès que stabilité clinique **Si ATB dans les derniers 3 mois, préférable de changer de classe. Vaccin anti- pneumocoque et antigrippal

Traitement intra-hospitalier *:					
Étage (soins aigus)	<i>S. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i> <i>C. pneumoniae</i> <i>Legionella</i> Virus, dont l' <i>influenza</i> et le <i>RSV</i> l'hiver	Auscultation RX poumons Hémocultures Culture d'expecto X 2 Ag <i>Legionella</i> urinaire (si IS ou perturbation hépatique ou hyponatrémie) Dépistage <i>Influenza/RSV</i> en saison	Ceftriaxone 2g IV q 24h + Doxycycline 100mg po bid	Levofloxacin 750mg po die OU Amoxicilline-clavulanate 2 g IV q8h	Il est possible de passer à la voie orale après 24h sans fièvre et amélioration des signes cliniques ou dès la 2e dose si Tx avec levofloxacin. Réduire le spectre selon les cultures Durée totale 5-7 j (incluant IV), guidée par PCT ou cesser dès que stabilité clinique
Pneumonie d'aspiration suspectée	<i>S. viridans</i> Anaérobies	Auscultation RX poumons Hémocultures Culture d'expecto X 2	Ceftriaxone 2g IV q 24h	Amoxicilline-clavulanate 2g IV q8h	Durée totale 5-7 j (incluant IV), guidée par PCT ou cesser dès que stabilité clinique
Soins intensifs (si nosocomiale, voir section spécifique ci bas)	Mêmes agents ⊕ Bacilles Gram négatif <i>S. aureus</i> <i>Streptocoque A</i> Virus, dont l' <i>influenza</i> et le <i>RSV</i> l'hiver	Auscultation RX poumons Hémocultures Culture d'expecto X 2 + demande spécifique de culture légionnelle PCR légionnelle sur sécrétions trachéales / LBA si intubé ou sur expectorations Ag <i>Legionella</i> urinaire Dépistage <i>Influenza/RSV</i> en saison	Ceftriaxone 2g IV q 24h ⊕ Doxycycline 100mg po bid	Amoxicilline/clavulanate 2g IV q 8h OU Levofloxacin 750mg die si allergie sévère aux B-lactames	Passage à la voie orale dès la 2e dose si tractus GI fonctionnel Réduire le spectre selon les cultures Durée totale 5-7 j guidée par PCT Si facteurs cliniques ou épidémiologiques suggérant légionellose : Levofloxacin à ajouter (à la place de doxycycline)

(1) Ex. : céfuroxime axétil 500 mg BID, cefprozil,...

Index de sévérité de la pneumonie acquise en communauté (Fine et al.)

Utile pour déterminer le risque de décès et donc guider le choix d'un traitement ambulatoire vs hospitalier

Patient avec pneumonie acquise en communauté						Score total A + B + C	Catégorie de risque	Niveau de risque	Mortalité
>50 ans?	→Non →	Co-morbidité ? Néoplasie Hépatopathie chronique Insuf. cardiaque Maladie cérébrovasc. IRC	→Non →	Signes de sévérité? Sensorium altéré RR ≥30/min TA <90 T° <35 ou ≥40 °C Pouls ≥125/min	→Non →	-	I	Faible	0.1%
↓ Oui	↓	↓ Oui	↓	↓ Oui	↓				
Calculer le score total (A+B+C)						→→→→			
						≤70	II	Faible	0.6%
						71-90	III	Faible	0.9%
						91-130	IV	Modéré	9.3%
						>130	V	Élevé	27%

Facteurs démographiques	# points	Trouvailles à l'examen physique	# points	Trouvailles paracliniques	# points
Homme	Age	Sensorium altéré	+20	pH <7.35	+30
Femme	Age-10	RR ≥30/min	+20	BUN ≥11 mmol/L	+20
Centre d'accueil, etc	+10	TA <90	+20	Sodium <130 mmol/L	+20
Co-morbidité :		T° <35 ou ≥40 °C	+15	Glucose >14mmol/L	+10
Néoplasie	+30	Pouls ≥125/min	+10	Hématocrite <30%	+10
Hépatopathie chron.	+20		B	PaO ₂ <60 ou SaO ₂ <90%	+10
IRC	+10		↓	Effusion pleurale	+10
Insuf. cardiaque	+10		↓		C
Mal. cérébro-vasc.	+10		↓		↓
Score total	A	+	B	+	C

Catégorie de risque	Modalité de traitement habituelle*
I	Ambulatoire
II	Ambulatoire
III	Ambu. vs courte hospit.
IV	Hospitalisation
V	Hospitalisation

* La décision ultime de la modalité de traitement revient au médecin traitant puisque d'autres facteurs peuvent entrer en ligne de compte (ex. : soutien à la maison, etc,...)

Pneumonie nosocomiale chez l'adulte

Syndrome	Agents habituels	Bilan	Tx initial avant résultat de culture	Alternative	Commentaires
N'était pas présente ou en incubation lors de l'admission à l'hôpital (peut être suite à hospitalisation récente <1 mois, acquise en CHSLD ou contacts fréquent avec milieu de soins)	<i>Pseudomonas aeruginosa</i> , <i>Stenotrophomonas maltophilia</i> , <i>Staph. aureus</i> , autres bâtonnets Gram θ, <i>Legionella</i> . ***Vérifier les cultures récentes des expectorations et sécrétions bronchiques***	Hémocultures RX poumons C. expecto X 2 Bronchoscopie PRN Ag urinaire <i>Legionella</i>	Pipéracilline/tazobactam (Tazocin) 4,5 g IV q6h Notre épidémiologie locale ne justifie pas de bithérapie empirique pour le <i>Pseudomonas</i> sauf si choc septique/insuffisance respiratoire, considérer alors ajout tobramycine en attendant culture/amélioration clinique	Levofloxacine 750mg po ou IV die Ou Meropenem 1g IV q 8h	TMP-SMX si <i>S. maltophilia</i> Monothérapie pour <i>Pseudomonas</i> si souche sensible Réduire le spectre selon les cultures Durée totale 7 j (incluant IV)

(1) 500mg die J1 puis 250mg die X 4 jours.

Pneumonie d'aspiration

- ♦ Voir «[Pneumonie acquise en communauté](#)» ou «[Pneumonie nosocomiale](#)» selon le lieu d'acquisition»

Références

- ♦ Guide d'usage optimal – Pneumonie acquise en communauté chez l'adulte, INESSS, septembre 2017
- ♦ Guide d'usage optimal – Bronchite aiguë, INESSS, septembre 2017
- ♦ Guide d'usage optimal – Exacerbation aiguë de la MPOC, INESSS, juillet 2017
- ♦ Prise en charge des pneumonies communautaires aiguës à la salle d'urgence et dans les unités de pédiatrie, CHU- Sainte-Justine, janvier 2006
- ♦ Guide d'antibiothérapie du conseil du médicament du Québec, 2010
- ♦ « Recommandations de la Société canadienne de thoracologie relativement au traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique – 2003 », Can Respir J Vol 10 Suppl A May/June 2003 et Mise à jour de 2008, Can Respir J Vol 15 Suppl A Janvier/février 2008
- ♦ « Management of adults with hospital-acquired and ventilator-associated pneumonia », IDSA, 2016
- ♦ « Canadian Guidelines for the Initial Management of Community-Acquired Pneumonia : An Evidence-Based Update by the Canadian Infectious Diseases Society and the Canadian Thoracic Society », CID 2000;31
- ♦ «IDSA/ATS Consensus Guidelines on the Management of Community-Acquired Pneumonia in Adults», CID Vol44 Supp2, Mars 2007
- ♦ UpToDate
- ♦ Guide d'utilisation des antibiotiques de l'hôpital Charles LeMoine, Septembre 2011
- ♦ Réunion du comité d'utilisation optimale des antibiotiques du CSSS NL, Mai 2013
- ♦ El Moussaoui R, Roede BM, Speelman P, Bresser P, Prins JM, Bossuyt PM. Short-course antibiotic treatment in acute exacerbations of chronic bronchitis and COPD: a meta-analysis of double-blind studies. Thorax 2008; 63(5):415-22
- ♦ Messous S, Trabelsi I, Bel Haj Ali K, et al. Two-day versus seven-day course of levofloxacin in acute COPD exacerbation: a randomized controlled trial. Ther Advanc Resp Dis. 2022. 16:175.
- ♦ Dinh A, Ropers J, Duran C, Davido B, Deconinck L, Matt M, Senard O, Lagrange A, Makhloufi S, Mellon G, de Lastours V, Bouchand F, Mathieu E, Kahn JE, Rouveix E, Grenet J, Dumoulin J, Chinet T, Pépin M, Delcey V, Diamantis S, Benhamou D, Vitrat V, Dombret MC, Renaud B, Perronne C, Claessens YE, Labarère J, Bedos JP, Aegerter P, Crémieux AC; Pneumonia Short Treatment (PTC) Study Group. 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. Lancet.

2021 Mar 27;397(10280):1195-1203. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00313-5. Erratum in: Lancet. 2021 Jun 5;397(10290):2150. PMID: 33773631

- ◆ Agarwal G, Awasthi S, Kabra SK, Kaul A, Singhi S, Walter SD; ISCAP Study Group. Three day versus five day treatment with amoxicillin for non-severe pneumonia in young children: a multicentre randomised controlled trial. *BMJ*. 2004 Apr 3;328(7443):791. doi: 10.1136/bmj.38049.490255.DE. Epub 2004 Mar 16. Erratum in: *BMJ*. 2004 May 1;328(7447):1066. PMID: 15070633; PMCID: PMC383371
- ◆ Bielicki JA, Stöhr W, Barratt S, et al. Effect of Amoxicillin Dose and Treatment Duration on the Need for Antibiotic Re-treatment in Children With Community-Acquired Pneumonia: The CAP-IT Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2021;326(17):1713–1724. doi:10.1001/jama.2021.17843
- ◆ Capellier G, Mockly H, Charpentier C, Annane D, Blasco G, Desmettre T, Roch A, Faisy C, Cousson J, Limat S, Mercier M, Papazian L. Early-onset ventilator-associated pneumonia in adults randomized clinical trial: comparison of 8 versus 15 days of antibiotic treatment. *PLoS One*. 2012;7(8):e41290. doi: 10.1371/journal.pone.0041290. Epub 2012 Aug 31. PMID: 22952580; PMCID: PMC3432026.
- ◆ Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia, DISA et ATS, 2019

Comité d'usage optimal des antibiotiques, regroupant des microbiologistes-infectiologues, des pharmaciens et des médecins de diverses spécialités

Révisé le 2003-12-09 MC6 | 2006-12-01 MC6 | 2007-04-18 MC6,YK | 2013-05-01 MC6,RL,CG | 2015-04-24 ALL | 2016-03-17 ALL | 2017-03-23 ALL | 2017-07-31 ALL | 2017-10-20 | ALL 2020-02-18 ALL | 2023-05-15 ALL
[Début](#)