

UNIVERSITE DU BURUNDI



FACULTE DE MEDECINE

Cours : Synthèse clinique et thérapeutique

(Asthme et Maladies infectieuses respiratoires basses en dehors de la tuberculose)

Baccalauréat V

Titulaire : Pr. François NDIKUMWENAYO

Année académique 2022-2023

Table de Matière

i. CONTEXTE ET JUSTIFICATION	2
I.i. Cadre d' action	2
I.ii. Acteurs dans le cours de synthèse thérapeutique	2
I. OBJECTIFS ET ATTENTES	3
1.1. Objectifs	3
1.2. Attentes	3
2. ASTHME	4
2.1. Introduction	4
2.2. Traitement une exacerbation/crise d' asthme	5
2.2.1. Définition d' une crise et d' une exacerbation	5
2.2.2. Démarche diagnostique	5
2.2.3. Attitude thérapeutique	9
3.4. Antibiothérapie des pneumopathies infectieuses aiguës communautaires de l'adulte sain nécessitant une hospitalisation en soins intensifs	15
3.5. Antibiothérapie des pneumopathies infectieuses aiguës communautaires de l'adulte avec des comorbidités, sans signes de gravité.	16
3.6. Antibiothérapie des pneumopathies infectieuses aiguës communautaires en situations particulières	16
3.7. Pneumocystose	17
3.8. Mesures d'accompagnement	17

i. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Le cours de synthèse thérapeutique est une condensée des signes cliniques et paracliniques indispensables pour tout diagnostic positif d'une maladie. Cette condensée est complétée par une présentation résumée des choix thérapeutiques de 1^{ère} et de 2^{ème} intentions pour chaque entité pathologique.

Ce cours est dispensé aux étudiants en Médecine de la 5^{ème} année (Bac V). Il couvre les pathologies couramment rencontrées en pratique médicale. Ces pathologies sont groupées par spécialité. Celles relevant de la Pneumologie vont constituer l'objet de ce document.

L'apprentissage de la Synthèse thérapeutique apporte aux étudiants une sensibilisation, des connaissances et un savoir-faire nécessaire pour jouer un rôle de médecin dans la société au niveau local, national et international. Il en fait des futures médecins formés et responsables, conscients de leurs devoirs de faire un diagnostic rapide et de prescrire un traitement efficace, accessible et bien toléré. Il les incite à développer un esprit de lecture rapide des signes et symptômes du patient afin de faire une prise en charge thérapeutique référencée.

Il leur inculpe le respect des protocoles diagnostics et thérapeutiques, utile pour rester en harmonie avec la science médicale. Il développe leur capacité de réflexion et leur aptitude à la décision

I.i. Cadre d' action

Le cours de synthèse thérapeutique fait partie du cursus de formation de tout étudiant futur médecin. Ce cours est un récapitulation de grands chapitres des cours de pathologies, de pharmacologie et des sciences médicales fondamentales. Il prépare l'étudiant aux stages cliniques.

I.ii. Acteurs dans le cours de synthèse thérapeutique

Les acteurs dans le cours de synthèse thérapeutique sont les pairs (étudiants), professeurs de la faculté de Médecin praticiens et spécialistes dans la médecine d'organe.

I. OBJECTIFS ET ATTENTES

1.1. Objectifs

Objectif global : Développer chez les étudiants les connaissances, les attitudes et pratiques du médecins face au patient ;

Objectifs spécifiques :

- Préparer l'étudiant à participer activement au diagnostic et traitement des patients au cours de ses stages d'internat
- Renforcer chez l'étudiant le sens de responsabilité.
- Promouvoir chez l'étudiant les dimensions scientifiques médicales du médecin
- Cultiver chez l'étudiant l'esprit du respect de l'être humain en tant que patient.
- Préparer l'étudiant à l'éthique et déontologie de sa profession

1.2. Attentes

A la fin du cours, l'étudiant devra être capable de :

- Maîtriser et pouvoir transmettre les notions de base en rapport avec les pathologies fréquentes
- Adopter des attitudes et comportements responsables et conformes au diagnostic et traitement de ces pathologies.

2. ASTHME

2.1. Introduction

L'asthme est une maladie inflammatoire chronique des bronches qui se manifeste par une obstruction bronchique. Cette obstruction se traduit cliniquement par un sifflement d'abord à l'expiration puis à deux temps respiratoires. Ce sifflement peut être associé à une toux, une sensation d'essoufflement ou de gêne respiratoire persistante. Dans l'asthme, cette obstruction bronchique est réversible spontanément ou sous l'effet de bronchodilatateur à action rapide. L'élément déclencheur de cette obstruction est l'inflammation de la muqueuse bronchiques survenant au décours d'une inhalation des allergènes ou de tout autre substance irritante. Elle est complétée par une contraction des muscles lisses bronchiques et une hyperproduction de mucus.

La maladie «asthme» apparaît sous forme de crises dont sa gravité est décrite en fonction de signes associés et de leur intensité. Ainsi, on parlera de crise légère, modérée, sévère ou aiguë grave (menace d'arrêt respiratoire). cette classification tient compte de l'intensité des signes. Cependant, la fréquence des crises dans le temps permet de classer l'asthme en asthme intermittent, en asthme persistant léger, asthme persistant modéré ou asthme persistant sévère. En effet, le choix du traitement tient compte de cette classification aussi bien en traitement d'une crise qu'en traitement de fond.

2.2. Traitement une exacerbation/crise d' asthme

2.2.1. Définition d'une crise et d'une exacerbation

Une crise d'asthme est représentée par des épisodes d'apparition ou d'aggravation progressive des signes et symptômes respiratoires associant une dyspnée sifflante, une toux sèche, une sensation d'oppression thoracique, et par conséquent une altération de la fonction respiratoire. On parlera d'exacerbation lorsqu'une crise d'asthme dure plusieurs heures voire plusieurs jours, malgré la prise répétée d'un traitement de crise. Une crise d'asthme peut apparaître de façon soudaine et s'aggraver rapidement. L'exacerbation survient chez un patient déjà connu asthmatique. Cependant, elle peut être une manifestation initiale d'asthme chez un patient qui n'en était pas connu. Il revient donc au clinicien d'en faire un diagnostic positif en partant des signes cliniques, objet de la consultation.

2.2.2. Démarche diagnostique

Voici une démarche à suivre:

1. Le patient qui consulte avec une manifestation pulmonaire comprenant un sifflement, une toux, une gêne thoracique, etc, souffre-t-il d'asthme? Y a-t-il des facteurs de risque de décès? Quel est le niveau de sévérité de l'exacerbation?
2. Une exacerbation peut être légère, modérée, sévère ou aiguë grave (menace de mort imminente)

Les signes et symptômes de l'asthme et la classification de la gravité d'une crise/exacerbation chez l'adulte et grand enfant sont répertoriés dans le tableau ci après.

Tableau n ° 01: **classification de la gravité d'une crise/exacerbation chez l'adulte et grand enfant.**

Signes symptômes	Crise			
	légère	modérée	sévère	Aiguë grave
Gêne respiratoire	ressentie à l'effort	À la parole	Au repos	Au repos
Communication verbale	Parole libre: longues phrases	Parole libre: courtes phrases	Parole courte: mots	Parole absente, mots limités
Posture	Assise, calme	Assise, calme	Penché en avant, agité	Somnolent, confus
Muscles respiratoires accessoires	Pas utilisés	Pas sollicités	sollicités	Sollicités ou pas
conscience	normale	Peut être agité	agité	Confus et somnolent
FR	normale	<30/min	≥30/min	
FC	normale	100-120/min	≥120/min	≥120/min ou ≤60/min
SpaO2	≥95%	90-95%	≤90%	≤90%
Râles sibilants	En fin d'expiration	Tout au long d'expiration	Aux 2 temps respiratoires	Silence auscultatoire
DEP	>50% (valeur prédictible)	>50% (valeur prédictible)	≤50% (val. prédictible)	Prise impossible

Tableau n°2: **Classification de la gravité d'une crise/exacerbation d'asthme chez l'enfant de moins de 6 ans**

Signes/ symptômes	Crise	
	Légère à modérée	Sévère à aiguë grave
sifflement	Dyspnée sifflante d'intensité variable	Impossibilité de boire ou de parler, silence auscultatoire
conscience	normale	Agitation, confusion ou somnolence
coloration	normale	Cyanose
FC	≤180/min (0-3 ans), ≤150/min (4-5 ans)	>180/min (0-3 ans), >150/min (4-5 ans)
SpaO2	≥95%	<92%
FR	≤40 / min	>40/ min

3. Sur quel terrain se développe-t-il cette crise/exacerbation d'asthme? L'asthme est une maladie chronique évoluant par poussée de crises répétitives dans le temps à un rythme variable d'un patient à un autre. Le tableau ci-après montre la classification de la sévérité de l'asthme qui ne tient compte que de la fréquence des crises.

Tableau n°3: Classification de la sévérité de l'asthme chez les patients de plus de 6 ans et adulte

signes	Asthme			
	intermittent	persistant		
		léger	modéré	sévère
Symptômes diurnes	≤2fois/sem et symptôme=0 en dehors de crise	>2fois/sem.et <1 fois/j	Au quotidien	permanents
Symptômes nocturnes	≤2 fois/mois	>2 fois/mois	>1fois/sem	fréquents
Activités physiques	normale	Affecté si exacerbation	limitées	Extrêmement limitées
Exacerbation	non	rarement	≥2 fois/sem	fréquente
Usage de B2 A	Rarement ou pas	rarement	Au quotidien	Plusieurs fois/j
Fonction respiratoire	VEMS et DEP≥80%	VEMS et DEP≥80%	VEMS et DEP:60-80%	VEMS et DEP≤60%
Variation de DEP/VEMS	<20%	20%	>30%	>30%

Tableau n°4: Classification de la sévérité d'asthme chez l'enfant de moins de 6 ans

symptomes	Asthme		
	Intermittent	Persistant	
		Moderé	Sévère
Symptomes diurnes	Moins d'une fois par semaine	1 à 2 fois/semaine	>2 fois / semaine
Symptomes nocturnes	Moins d'une fois par mois	1 à 2 fois/mois	>2 fois / mois
Activités physiques	normales	Peu limitées	limitées
Exacerbation	Au moins 1 à 4 /an	Plus de 2 fois dans les 2 derniers mois	
Usage de B2 A	Moins d'une fois par sem	1 à 2 fois/sem	>2 fois / semaine

4. Pourquoi est-ce que cet asthme n'est pas contrôlé? Cette question se pose chez les patients qui sont déjà diagnostiqués et traités d'asthme.

4.1. Evaluation de l'observance thérapeutique et test de réversibilité. Les médicaments de l'asthme s'administrent par voie inhalée. Cette voie demande une technique particulière qui n'est pas toujours facile à exécuter chez tous les patients. Parfois le patient ne va même pas réaliser qu'il n'arrive pas à inhaler correctement son spray. Au contraire, il va mettre en cause le médicament et douter de son efficacité. Il s'agit ici d'une inobservance inconsciente. Cela diffère d'un rejet de spray où le patient refuse d'utiliser son spray pour des raisons multiples et variées alors que l'inhalation est correcte. Il s'agit ici d'une inobservance pure et simple. Dans les 2 situations le médicament conserve son efficacité sur la maladie. Il faudra donc procéder à un test de réversibilité en lui faisant inhaler un spray ou une nébulisation. Lorsque ce geste est suivi d'une amélioration, le diagnostic d'asthme est confirmé. Lorsque l'on observe une persistance du sifflement, d'autres questions sont posées.

4.2. S'agit-il réellement de l'asthme? «Tout ce qui siffle ne souffre pas de l'asthme». Le diagnostic d'asthme qui se base sur la présence d'une respiration sifflante survenant chez un patient ayant un antécédent de sifflement pris pour un asthme chez les parents et parentés, en ignorant les autres signes et symptômes, et sans tenir compte des caractéristiques sémiologiques de ce sifflement, est un diagnostic peu probable. Si le diagnostic se base sur ces 2 éléments seulement, le risque d'erreurs de diagnostic est très élevé, surtout qu'il y a une série d'autres signes cliniques du patient qui sont valorisés. Tels sont les caractéristiques sémiologiques de la dyspnée et du sifflement, de la toux, etc. Lorsque le patient n'est pas réellement asthmatique, le traitement spécifique d'asthme, même bien conduit, ne pourra jamais l'améliorer. C'est pourquoi le diagnostic différentiel de l'asthme reste obligatoire à chaque consultation. Une bonne analyse clinique des signes et symptômes, la mesure du VEMS et le test de réversibilité au salbutamol inhalé, sont des éléments essentiels pour le diagnostic positif de l'asthme.

4.3. Existe-t-il des facteurs de risque non contrôlés ou des comorbidités non soignées? En restant dans la logique d'asthme, les facteurs de risque qui compromettent le contrôle de l'asthme doivent être recherchés, de même que les comorbidités. Il s'agit du tabac, d'une exposition à des allergènes professionnelles ou domestiques, d'un usage de bêta bloquants ou des AINS. Les comorbidités avec

effet négatif sur l'asthme sont l'obésité, le Refus Gastro-Oesophagien (RGO), une rhinite allergique, la dépression/anxiété, le syndrome d'apnée de sommeil. Ces comorbidités peuvent en même temps être des diagnostics différentiels

2.2.3. Attitude thérapeutique

Après avoir confirmé le diagnostic, éliminé tous les facteurs qui peuvent interférer au contrôle d'asthme, il faut adapter le traitement en se basant sur le traitement déjà en cours pour la crise/exacerbation et pour l'asthme.

2.2.3.1. Traitement d'une crise/exacerbation d'asthme aux urgences

Le traitement d'une crise /exacerbation d'asthme chez l'enfant de moins de 6 ans comprend:

- Le sabutamol 100mcg: 2 bouffées ou salbutamol à nébuliser: 2,5 mg (moins de 16 kg de poids corporel) à 5 ml toutes les 20 minutes pendant la 1ère heure;
- Une oxygénothérapie pour un objectif d'avoir 94 à 98%,
- ajouter de l'ipratropium spray 1 à 2 bouffées si besoin et surveiller l'évolution clinique pendant 1 à 2 heures.

S'il n'y a pas d'amélioration au bout d'une à 2 heures de traitement ou en cas de crise aiguë sévère ou grave, transférer l'enfant en unité de soins intensifs ou en réanimation. L'absence d'amélioration se définit sur la persistance ou l'aggravation de signes cliniques, la désaturation ou l'augmentation de la fréquence respiratoire.

En soins intensifs le traitement associera:

- du sabutamol 100cg: 6 bouffées ou salbutamol à nébuliser: 2,5mg toutes les 20 minutes;
- oxygénothérapie pour un objectif d'avoir 94 à 98%,
- Prednisolone 1-2mg/kg sans dépasser 20 mg chez l'enfant de moins de 2 ans et 30 mg chez enfant de 2 à 5 ans, ou du méthylprednisolone IV: 1mg/kg toutes les 6 heures pendant 24 heures,
- ajouter de l'ipratropium 250 mg en nébulisation.

Ce traitement prendra 3 à 4 heures.

Le sulfate de magnésium sera ajouté en nébulisation 150 mg toutes les 20 min durant la 1ère heure chez enfant avec une exacerbation sévère.

En cas d'amélioration, une décision de sortie doit être prise avec une ordonnance qui comprend:

- Salbutamol spray 4 à 10 bouffées/ jour et à chaque fois de besoin,
- Prédnisolone à la même dose et les matins en prise unique pendant 3 à 10 jours. Rassurez-vous d'une bonne technique d'inhalation et programmez les rendez vous de suivi.

Chez l'adulte et le grand enfant, le traitement de la crise / exacerbation comprend les mêmes molécules. Seules posologies qui changent:

- Salbutamol spray: 4 à 10 bouffées toutes les 20 min pendant la 1ère heure;
- prédnisolone 40 à 50 mg per os ou méthyl prédnisolone IV dans les formes graves.
- La saturation doit être maintenue entre 93 à 95% chez l'adulte, entre 94-98% chez l'enfant.

L'amélioration est confirmée si tous les signes respiratoires sont disparus, le DEP entre 60 à 80%, une SpaO2 >94% à l'air ambiant.

Dans les formes sévères, il faut maintenir une SpaO2 entre 93 et 95% et ajouter du sulfate de Magnesium IV, combiner salbutamol avec du bromure d'ipratropium en nébulisation.

Une évaluation objective doit se faire toutes les heures par la mesure de DEP et une évaluation clinique.

L'absence d'amélioration se traduit par une dégradation du DEP, une confusion, une somnolence, un silence auscultatoire. A ce moment, il faut continuer l'oxygénothérapie, et le traitement bronchodilatateur et passer à l'intubation.

L'ordonnance de sortie comprendra Salbutamol spray 4 à 10 bouffées/ jour et à chaque fois de besoin, Prédnisolone à la même dose, les matins en prise unique pendant 3 à 7 jours , rassurez-vous d'une bonne technique d'inhalation et programmez les rendez vous de suivi.

2.2.3.2. Traitement d'une crise/exacerbation d'asthme en ambulatoire

Le traitement d'une crise d'asthme en ambulatoire est du salbutamol spray 2 à 6 bouffées toutes les 20 min pendant une heure puis toutes 6 - 8 h pendant 24h. En l'absence d'amélioration ajouter une corticothérapie per os prednisolone 1 à 2 mg/kg/j pendant 5 jours ou dexaméthasone 0,6 mg/kg/j pendant 2 jours (chez un enfant hospitalisé qu'en ambulatoire) et continuer le salbutamol spray pendant 5 jours. Une fois que le patient est amélioré la suite du traitement dépendant de la sévérité de l'asthme et des facteurs de risque.

2.2.3.3. Administration de bronchodilatateur en fonction de l'âge

L'inhalation de tout médicament demande un savoir-faire du prestataire car celui-ci doit apprendre au patient une technique adaptée à chacun et en évaluer régulièrement. Cela est aussi valable chez tout patient indépendamment de son âge. Le tableau ci-après indique les outils à utiliser en fonction de l'âge.

Tableau n°4: administration de bronchodilatateur en fonction de l'âge

Age	recommandé	alternatif
0 à 3 ans	Spray avec une chambre d'inhalation munie d'un masque facial	Nébulisation avec un masque facial adapté à l'âge
4 à 5 ans	Spray avec une chambre d'inhalation munie d'un ambout buccal	Spray avec une chambre d'inhalation munie d'un masque facial; Nébulisation avec un masque facial ou ambout buccal
> 5ans et adulte	Spray avec une chambre d'inhalation munie d'un ambout buccal	Nébulisation avec masque facial ou ambout buccal

2.2.3.3. Guide de choix du traitement de fond

Le traitement de fond est le traitement pris pour éviter la récurrence des crises d'asthme. Ce traitement est autant plus important qu'il interfère avec l'action des allergènes sur les bronches qu'à bien même ces allergènes sont dans l'environnement permanent ou intermittent du patient. Le tableau suivant montre les molécules de choix en fonction de la sévérité de l'asthme à prescrire lors d'une décharge.

Tableau n°5: Guide de choix du traitement de fond

Choix thérapeutique	Asthme			
	intermittent	persistant		
		léger	modéré	sévère
Lors d'une décharge				
Recommandé	Cortico - formoterol à faible dose à la demande	Cortico - formoterol à faible dose à la demande	Cortico - formeterol à faible dose	Cortico dose moyenne - formoterol en continue
Altérinative	Salbutamol et corticothérapie à faible dose à la demande	Salbutamol et corticothéra pie à faible dose à la demande	Corticothérapie faible dose formoterol en continu et Salbutamol à la demande	Cortico dose moyenne à élevée-formoterol en continue et salbutamol si besoin
			Cortico dose moyenne en continue et Salbutamol à la demande	Cortico inhalée dose élevée en continue et salbutamol si besoin
Autres recommandat ions	Confirmer le diagnostic de l'asthme surtout quand le patient est en déni			
	Expliquer au patient les critères d'un asthme contrôlé ou non contrôlé et l'attitude à prendre, les raisons de choix du traitement à la place des autres traitements			
	Expliquer les avantages d'une technique d'inhalation à la place des autres techniques			
	Programmer ensemble une visite de suivi			
Lors d'une visite de suivi				
1.Evaluation clinique (Signes et symptômes) de l'asthme avec une mesure de DEP ou VEMS				
2.Vérifier l'adhérence au traitement et la technique d'inhalation				
3.Adapter le traitement en fonction du niveau de contrôle de l'asthme.				
4.La réduction de la dose ou l'arrêt d'un médicament ne peut être envisagé que lors qu'il y a pas de crise depuis 3 mois.				

2.2.3.4. Dosage de la corticothérapie inhalée

La posologie de la corticothérapie dépend de la molécule, de l'âge du patient et de la sévérité de l'asthme. Il n'y a donc pas de dose fixe à administrer chez tout patient asthmatique. Le tableau suivant montre comment adapter les doses selon les molécules, l'âge et la sévérité de l'asthme.

Tableau n°6: guide de choix et de posologie de la corticothérapie inhalée

médicaments	Faible dose	Dose moyenne	Dose élevée
Patient de 12 ans et plus			
Béclométhasone dipropionate standard	200 à 500	500 à 1000	>1000
Béclométhasone dipropionate extrafine	100-200	200-400	<400
Fluticasone furoate	100	100	200
Fluticasone propionate standard ou non	100-250	250-500	>500
Mométhasone furoate	200-400	200-400	>400
Patient de 6 à 11 ans			
Béclométhasone dipropionate standard	100-200	200-400	>400
Béclométhasone dipropionate extrafine	50-100	100-200	>200
Fluticasone furoate	50	50	-
Fluticasone propionate standard	50-100	100-200	>200
Mométhasone furoate	100	100	200
Patient de moins de 6 ans			
Béclométhasone dipropionate standard	100 à partir de 5 ans		
Béclométhasone dipropionate extrafine	50 à partir de 5 ans		
Budénoside à nébuliser	500 à partir d'un an		
Fluticasone propionate standard	50 à partir de 4 ans		
Mométhasone furoate	100 à partir de 5 ans		

A noter que chez l'enfant de moins de 6 ans, les doses élevées de corticoïde expose aux effets secondaires locaux et systémiques sans être plus efficace que les doses faibles.

3. ANTIBIOTHÉRAPIE DANS LES INFECTIONS RESPIRATOIRES

3.1. Introduction

Les infections respiratoires sont des maladies infectieuses sous-glottiques. Elles sont groupées en fonction de la partie anatomique de l'appareil respiratoire qui est atteint.

- Atteintes trachéo-bronchiques traduisent les pathologies suivantes:

- Tachéite / Bronchite aiguës,
- Surinfections de BPCO (50 % des exacerbations)
- Surinfections de DDB (bronchiectasie)

- Atteintes du parenchyme pulmonaire:

- Pneumopathies (pneumonie),
- Abscesses pulmonaires,

- Plèvre: pleurésie purulente.

- Atteintes de plus d'un site:

- broncho-pneumopathie,
- pleuro-pneumopathie.

Les infections respiratoires sont aussi classées en fonction :

- de leur mode d'apparition (début brutal ou progressif),
- du terrain sur lequel l'infection se déclare (adulte sain, adulte ayant des comorbidités, adulte immunodéprimé),
- du lieu de survenue (pneumopathies communautaires (extrahospitalière) ou pneumopathie nosocomiale (intrahospitalière),
- selon leur niveau de gravité.

En effet, nous allons par la suite aborder ce chapitre en tenant compte de ces éléments de classification des infections respiratoires. Nous allons indiquer à chaque fois une antibiothérapie de 1ère intention et d'une alternative possible choisie en tenant compte des germes causaux les plus probables. A noter que la trachéite et la bronchite ou bronchiolite ne vont être abordés ici car leur traitement ne demande pas d'antibiothérapie.

3.2. Antibiothérapie des pneumopathies infectieuses aiguës communautaires d'adulte sain sans signe de gravité

Germes probables	Antibiotique de 1er choix	alternatif
Début brutal : Pneumocoque, <i>rarement c/m. pneumoniae, légionnelle</i>	Amoxicilline 1gx3/j/10j PO	Levofloxacin/ macrolide
Début progressif : <i>c/m. pneumoniae, légionnelle</i>	Un Macrolide PO / Durée en fonction de la molécule choisie	Levofloxacin/ macrolide

3.3. Antibiothérapie des pneumopathies infectieuses aiguës communautaires de l'adulte sain, nécessitant une hospitalisation ordinaire

Germes probables	Antibiotique de 1er choix	Alternatif
Début brutal : Pneumocoque	Amoxicilline/ampicilline 3g/j/10j	Ceftriaxone/cefotaxime, Lévofloxacin
Début progressif : <i>c/m. pneumoniae, légionnelle</i>	Un Macrolide 7- 14j en fonction des molécules choisies	lévofloxacin
Sans orientation ou suspicion d'un H. influenzae	Amoxicilline-a.clavulanique + macrolide	Ceftriaxone/cefotaxime/macrolide, Lévofloxacin

3.4. Antibiothérapie des pneumopathies infectieuses aiguës communautaires de l'adulte sain nécessitant une hospitalisation en soins intensifs

Germes probables	Antibiotique de 1er choix	alternatif
Pneumocoque, H.influenzae, enterobacteries, légionnelle	Amoxicilline a.clavulanique /ceftriaxone/cefotaxime	levofloxacin
Splénectomie, drépanocytose	ceftriaxone/cefotaxime	Amoxicilline amoxicilline-a. clav. levofloxacin
Suspicion d'inhalation : enterobacterie, streptocoque, anaérobies	amoxicilline-a clavulanique 1 g x 3/24 h IV	ceftriaxone/cefotaxime+nitroimidazole ou clindamycine+ofloxacin/ciprofloxacine
Sans orientation (<i>pneumoc. Klebsiella pneumoniae, c. pneumoniae l. pneumoniae enterobacteries</i>)	Amoxicilline et a. clav. + macrolide./quinolone	ceftriaxone/cefotaxime + macrolide

3.5. Antibiothérapie des pneumopathies infectieuses aiguës communautaires de l'adulte avec des comorbidités, sans signes de gravité.

Germes probable	Antibiothérapie de 1ère intention	Alternatif
Pneumopathie précoce (< 5j) antibio antérieure : 0 (Pneumoc, HI, S aureus, enterobactérie)	ceftriaxone/cefotaxime+/- aminoside (si gravité)	Amox-a. clav +/- aminoside (si gravité)
Pneumo tardive ou antibio ant. (anaérobies, SMR, légionnelle)	Ceftazidime + aminoside/ ciprofloxacine+/- glycopeptide (pseudo, légio, SMR)	Imipenem+ aminoside/ciprof l. +/- glycopeptide (si SAMR gravité)
Inhalation (anaérobie, BGN)	Pepetazobactam tazocilline® /Imipenem Amoxicilline-a clavun.	Imipenem (Tienam®) Ceftriaxone/cefotaxime+nitroimidazolé

3.6. Antibiothérapie des pneumopathies infectieuses aiguës communautaires en situations particulières

	Germes probables	Antibiotique de 1er choix	alternatif
Abcès du poumon	Entérobactéries, BGN, <i>peptostreptococcus</i> , anaérobies	amoxicilline-a. clavulanique	Pepe-tazobactam Imipenem Clindamycine + aminoside/ quinolone
Pleurésie purulente	Entérobactéries, BGN, <i>peptostreptococcus</i> , anaérobies	amoxicilline-a. clav drainage (impératif)	Pepe-tazobactam Imipenem Clindamycine + aminoside/ quinolone
	Pneumocoque	Amoxicilline drainage impératif	ceftriaxone/cefotaxime
Sur neutropénie PNN <500	Entérobactérie, <i>pseudomonas</i> , <i>acinetobacter</i> , <i>aspergillus</i> ...	Ceftazidime /cefotaxime+ amikacine/ciprofloxacine Voriconazole	imipenem +amikacine/ ciprofloxacine+amphotéricine B

3.7. Pneumocystose

Bactrim/ pentamidine

O2: 3 à 15l/min

corticothérapie

Fréquence respiratoire	Corticoïde	Posologie	Durée
Eupnéique	Inutile		
Polypnée	Prédnisolone	80mg/j puis 40 mg/j puis 20mg/j	5j puis 5j puis 11j
Détresse	CH3prédnisolone	240mg/j puis, 120mg/j puis 60mg/j	3j puis 3j puis 3j

3.8. Mesures d'accompagnement

- Bien connaître et respecter la posologie et la durée de chaque antibiotique, la voie et conditions d'administration ayant l'AMM
- Bien connaître et pratiquer le traitement symptomatique à chaque fois de besoin
- Savoir quand évaluer le traitement et en déduire une efficacité ou un échec thérapeutique
- Minimiser la contagiosité

Références

1. Groupe de pathologies infectieuses pédiatriques sous la coordination de Robert Cohen : Guide thérapeutique de prescription des antibiotiques en pédiatrie. Archives de Pédiatrie volume 23, Juin 2016 hors série 3 p S5-S55.
2. Collège des enseignants de Pneumologie- 2017 : les infections broncho-pulmonaires communautaires de l'adulte.
3. OMS : Classification et traitement des cas de pneumonie chez l'enfant dans les établissements de santé selon l'OMS : version révisée. Résumé des données. ISBN 978 92 4 250781 2 ; 2014.
4. Global initiative for asthma (GINA), 2023

