

# Newsletter de l'EMA n°6 : Actualisation 2025 des recommandations concernant les Pneumonies aiguës Communautaires (PAC) de l'adulte et leur prise en charge en ambulatoire.

## Epidémiologie

La pneumonie est la **première cause de décès d'origine infectieuse dans le monde** avec une incidence qui augmente vers les âges extrêmes.

L'agent causal reste méconnu dans plus de 50% des cas. Les virus respiratoires sont fréquemment retrouvés (20 à 25% des cas documentés) seuls ou associés à une infection bactérienne.

Le pneumocoque est de loin la première cause de PAC, suivent les infections à germes dits atypiques : *Mycoplasma pneumoniae*, *Legionella pneumophila* et *Chlamydia pneumoniae*.

En contexte viral les *Haemophilus* et les *Staphylocoques* peuvent être responsable de surinfections. Chez les patients avec comorbidités, *staphylocoques* et entérobactéries représentent 10 à 20% des cas.

## Examens orientant le diagnostic

Concernant les examens complémentaires en ambulatoire, **ni la CRP ni les autres examens (TROD, PCR, ECBC, ...) ne sont recommandés en ambulatoire que ce soit pour le diagnostic ou le suivi.**

Une radiographie thoracique ou une échographie pleuropulmonaire (meilleure sensibilité et spécificité) doit être prescrite et obtenu dans un délai de moins de 3 jours si possible. En effet en cas de normalité de l'imagerie, si une antibiothérapie, qui ne doit pas être retardée dans l'attente du résultat, a été initiée, elle peut être reconsidérée.

## Prise en charge thérapeutique en ambulatoire : Stratégie antibiotique empirique

Les recommandations concernant le lieu de prise en charge et les scores de gravité (CRB-65, signes de gravité, critères d'hospitalisation en réanimation) n'ont pas été revu depuis 2010, ils sont toujours en vigueur.

Le choix de l'antibiothérapie doit prendre en compte les critères suivants :

- Comorbidités (1 seule suffit, listées en annexe 1)
- Contexte post infection virale

Choix d'antibiothérapie, adulte ambulatoire sans signe de gravité			
	1 <sup>er</sup> choix	Alternative	Commentaire
Sans comorbidité	Amoxicilline 1g x 3 par jour	Pristinamycine 1g x 3 par jour	Pneumocoque ciblé
Avec comorbidités	Amoxicilline / Acide Clavulanique 1g/125mg x3 par jour	Ceftriaxone 1g/j	Pneumocoque, Staphylocoque, entérobactéries ciblés
Post-grippal	Amoxicilline / Acide Clavulanique 1g/125mg x3 par jour	Pristinamycine 1g x 3 par jour Ceftriaxone 1g/j	Pneumocoque, Staphylocoque, <i>Haemophilus</i> ciblés
Tableau évocateur de bactérie atypique	Clarithromycine 500 mg x 2 par jour	Pristinamycine 1g x 3 par jour Doxycycline 100 mg x 2 par jour	<i>Mycoplasma pneumoniae</i> , <i>Legionella Pneumophila</i> , <i>Chlamydia pneumoniae</i> ciblés

## **La Levofloxacin est réservée aux situations d'allergie grave aux beta-lactamines sans alternative**

Seules 75% des souches de pneumocoques sont sensibles aux macrolides, ils ne doivent pas être utilisés en première intention sauf si forte suspicion de germe atypique. De plus l'azithromycine faisant partie des antibiotiques critiques de l'ANSM il est préférable de la réserver à d'autres indications.

### **Les corticoïdes n'ont aucune place dans la prise en charge des PAC en ambulatoire (hors contexte de BPCO)**

Bien qu'ils puissent être pris en défaut, les critères d'orientation entre Pneumocoque, Légionnelle et Mycoplasme sont résumés en annexe 2.

### Réévaluation et durée de traitement

**Une réévaluation à 72h est la règle**, les critères de stabilités sont les suivants :

Température  $\leq 37,8^{\circ}\text{C}$ , PAS  $\geq 90$  mmHg, Fréquence Cardiaque  $\leq 100$ /min, Fréquence respiratoire  $\leq 24$  cycles/minutes, SPO2  $\geq 90\%$  air ambiant ou PaO2  $\geq 60$  mmHg air ambiant.

La conduite à tenir après réévaluation peut être résumée de la manière suivante :

- Présence des critères de stabilité → Arrêt de l'antibiothérapie
- Tous les critères de stabilités ne sont pas présents → Maintien de l'antibiothérapie et réévaluer à J5, durée maximale 7 jour.
- Aucune amélioration clinique → Relai par macrolide ou Beta-lactamine selon première prescription et envisager un scanner thoracique et hospitalisation selon contexte.

### **En pratique, donc diminution de la durée de traitement antibiotique de 3 à 7 jours :**

- 3 jours si stabilité avant J3 : Réévaluation clinique systématique à 72h recommandée
- 5 jours si stabilité entre J3 et J5
- 7 jours dans les autres cas : hors abcès et épanchement pleural nécessitant drainage

### Explorations diagnostiques complémentaires

Des explorations diagnostiques complémentaires peuvent être demandées selon le contexte

Investigations complémentaires	
Age > 50 ans + tabagisme	Dépistage du cancer broncho-pulmonaire par scanner thoracique après 2 mois minimum
Absence de facteur de risque évident, infections récidivantes	- sérologie VIH - électrophorèse des protéines
Selon terrain	Bilan ORL et/ou stomatologique

### Vaccination

En 2025 les vaccins suivants sont recommandés :

- **Pneumocoque** : Une dose de Prevenar 20® chez tous les sujets d'au moins 65 ans (remboursement 65%) ou avec comorbidité (diabète, BPCO, insuffisance rénale, immunodépression, ...)
- **Grippe/Covid** : Une dose pendant la période épidémique pour les sujets d'au moins 65 ans ou avec comorbidités, voire une dose contre le Covid au printemps si immunodépression ou âge > 80 ans
- **VRS**: vaccins recommandés chez personne d'au moins 75 ans ou d'au moins 65 ans avec comorbidités (BPCO, Insuffisance cardiaque), malheureusement **non remboursés à l'heure actuelle**.

### Cas particulier des Pneumopathies d'inhalation :

L'hospitalisation est conseillée, l'antibiothérapie de choix est l'Amoxicilline/Acide Clavulanique ou la Ceftriaxone. **L'ajout systématique de metronidazole n'est plus justifié.**

En cas d'échec à 72h un relai par Piperacilline-Tazobactam est proposé.

## Annexes

### Annexe 1 : Liste limitative des comorbidités autorisant l'amoxicilline-acide clavulanique ou la ceftriaxone en 1<sup>ère</sup> ligne :

- Hospitalisation dans les 3 mois précédents
- Antibiothérapie dans le mois précédent (sauf traitement cystite)
- Éthylisme chronique
- Troubles de la déglutition
- Néoplasie active
- Immunodépression
- BPCO sévère (VEMS < 50 % de la théorique) ou insuffisance respiratoire chronique (Oxygène Longue Durée ou VNI)
- Insuffisance cardiaque congestive
- Insuffisance hépatique
- Insuffisance rénale chronique (DFG < 30mL/min)

### Annexe 2 : Arguments évocateurs selon agent pathogène

	<b>Pneumocoque</b>	<b>Mycoplasma</b>	<b>Légionelle</b>
Terrain	Age >40 ans, comorbidités, immunodépression	Age <40 ans	Age élevé, sexe masculin, comorbidités, alcool, tabac, immunodépression
Contexte	Volontiers après infection virale	Epidémies (famille, école, institution)	Pic de juin à octobre Voyage, exposition à sources d'aérosols
Début	Brutal (<24h)	Progressif	Rapidement progressif
Clinique	PFLA Fièvre et frissons intenses Douleurs thoraciques Toux productive Syndrome de condensation	Toux (bronchite) trainante Fièvre peu élevée Signes ORL Signes extra-respiratoires : cutanéomuqueux (érythème polymorphe), digestifs céphalées, myalgies, arthralgies	Fièvre élevée Absence de signe ORL Signes extra-respiratoires : digestifs (50% : douleurs abdominales, diarrhées, vomissements), neurologiques (troubles de la conscience, céphalées), myalgies, pouls dissocié
Biologie	> 12000 GB/mm <sup>3</sup> Franc décalage de la CRP	< 12000 GB mm <sup>3</sup> +/- Anémie hémolytique, insuffisance rénale	Insuffisance rénale, hyponatrémie, cytolyse, rhabdomyolyse, CRP élevée
Radiologie	Opacité alvéolaire systématisée souvent unilatérale avec réaction pleurale	Infiltrat non systématisé des 2 bases Syndrome interstitiel micronodulaire Centro lobulaire-bronchiolite +/- infiltrats alvéolaires	Opacités alvéolaires uni ou bilatérales

