

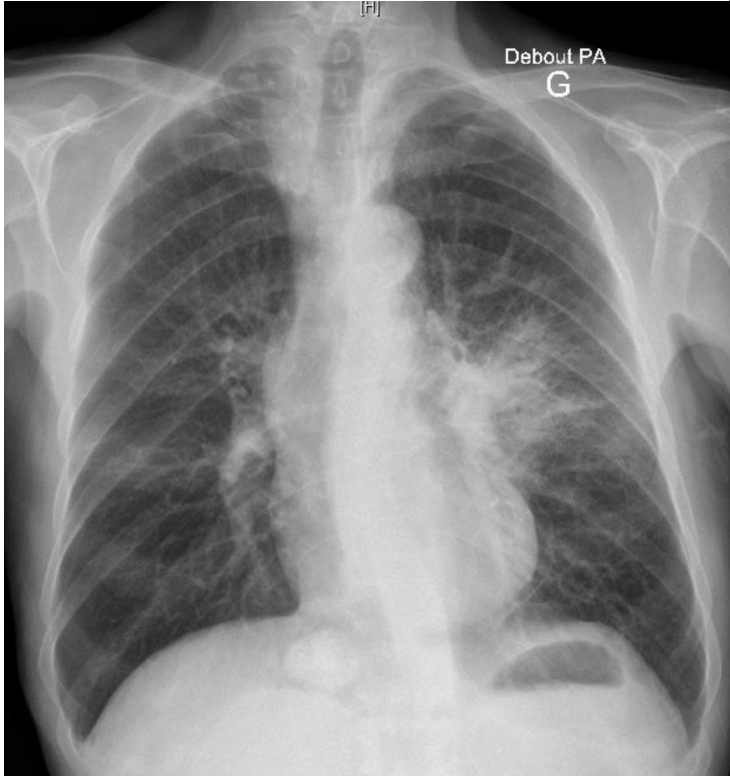
29^{ème} journée régionale de pathologie infectieuse

P R I S E E N C H A R G E D E S
P N E U M O N I E S A I G U È S
C O M M U N A U T A I R E S

S A R A H S T A B L E R

1 0 / 1 0 / 2 0 2 3

PLAN



1 – Quels examens complémentaires ?

2 – Quelle durée de traitement ?

3 – Place de la corticothérapie ?

1 – Quels examens complémentaires



AMBULATOIRE

AUCUN

HOPITAL

ECBC
Hémocultures
PCR virus respiratoires si épidémie
Ag Légionelle si contexte

SOINS INTENSIFS

ECBC
Hémocultures
PCR virus respiratoires
Ag Légionelle et Pneumocoque
+/- PDP – aspiration trachéale

1 – Quels examens complémentaires



AMBULATOIRE

HOPITAL

SOINS INTENSIFS

AUCUN

ECBC
Hémocultures
PCR virus respiratoires si épidémie
Ag Légionelle si contexte

ECBC
Hémocultures
PCR virus respiratoires
Ag Légionelle et Pneumocoque
+/- PDP – aspiration trachéale



Quelle place pour les panels de PCR multiplexes ?

1 – Quels examens complémentaires



- Diagnostic microbiologique + résistance
- Rapidité de mises en place des mesures complémentaires
- Rapidité d'adaptation thérapeutique

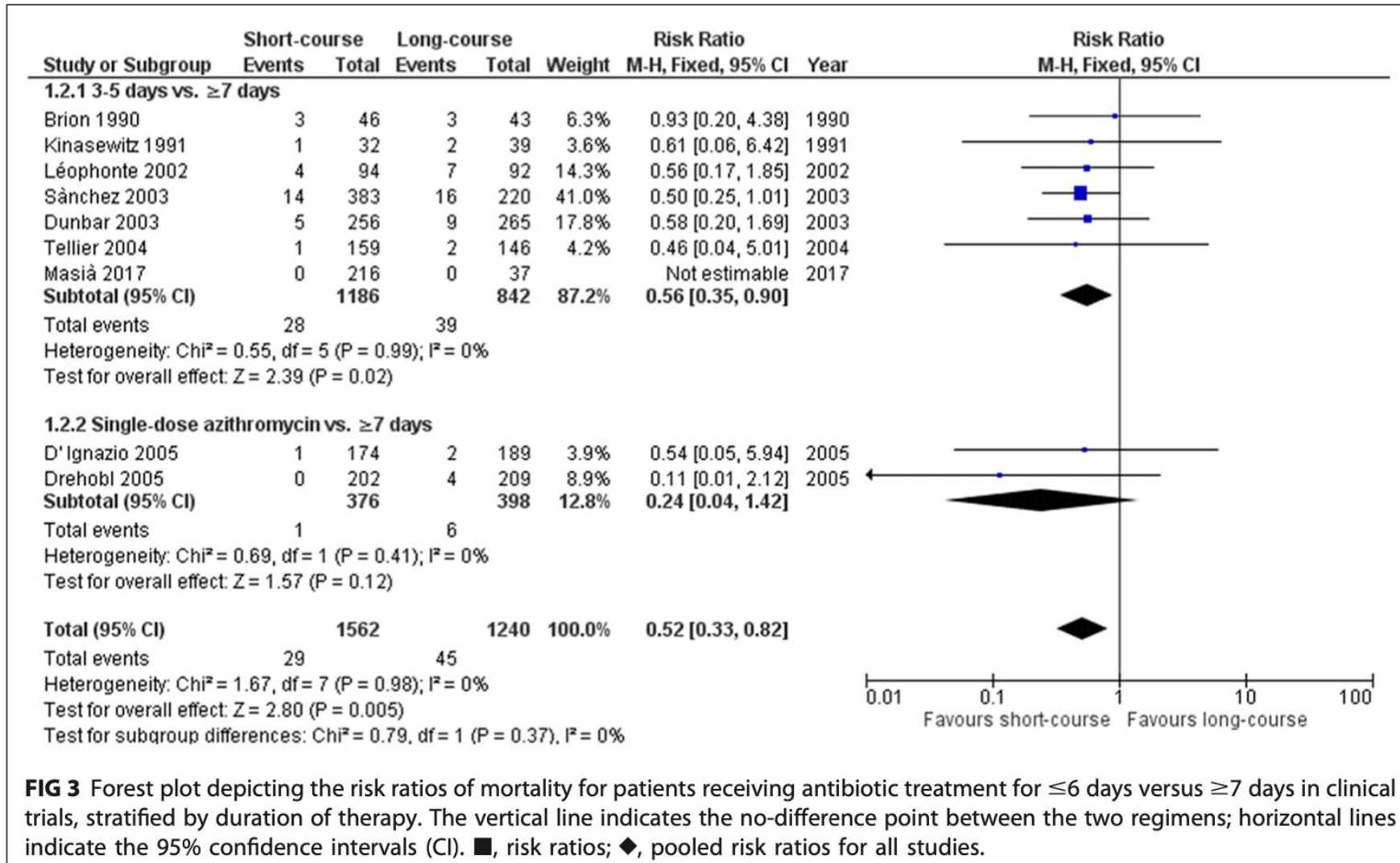


- Coût
- Pas de différentiation infection / colonisation
- Non exhaustif

	Panel haut	Panel bas	Niveau de recommandation
Ambulatoire	Non	Non	Avis d'expert
Hospitalisation en médecine	Si contexte épidémique et/ou clinique (bactérie atypique)	Non	C2 (faible niveau de preuve/experts soutiennent modérément)
Hospitalisation soins critiques	Si contexte épidémique et/ou clinique (bactérie atypique)	Si antibiothérapie autre que AAC/C3G et macrolides	C2 (faible niveau de preuve/experts soutiennent modérément)

2 – Quelle durée de traitement ?

3 Méta-analyses



1.Li, *Am J Med* 2007

2.Tansarli, *Antimicrob Agents Chemother* 2018

3.Dimopoulos G, *Drugs* 2008

2 – Quelle durée de traitement ?

Le concept de stabilité clinique

Time to Clinical Stability in Patients Hospitalized With Community-Acquired Pneumonia

Implications for Practice Guidelines

Ethan A. Halm, MD, MPH; Michael J. Fine, MD, MSc; Thomas J. Marrie, MD; Christopher M. Coley, MD;
Wishwa N. Kapoor, MD, MPH; D. Scott Obrosky, MS; Daniel E. Singer, MD

Travail prospectif, multicentrique, de cohorte
observationnelle dans 4 centres américains


Obj : décrire le délai jusqu'à amélioration clinique chez des
patients hospitalisés pour des PAC

Inclusion 686 patients

FC < ou = 100 bpm
PAS > ou = 90 mmHg
FR < ou = 24 cycles/min
SpO2 > ou = 90%
Température < ou = 38

Pas de confusion

Capacité à prendre un traitement oral

- 
- (1) 2 jours pour paramètres hémodynamiques
3 jours pour paramètres respiratoires et fièvre
 - (2) Une fois la stabilité atteinte
→ < 1% des patients s'aggravent secondairement

2 – Quelle durée de traitement ?

3 Essais randomisés

Effectiveness of discontinuing antibiotic treatment after three days versus eight days in mild to moderate-severe community acquired pneumonia: randomised, double blind study

Essai randomisé double aveugle contre placebo de non infériorité

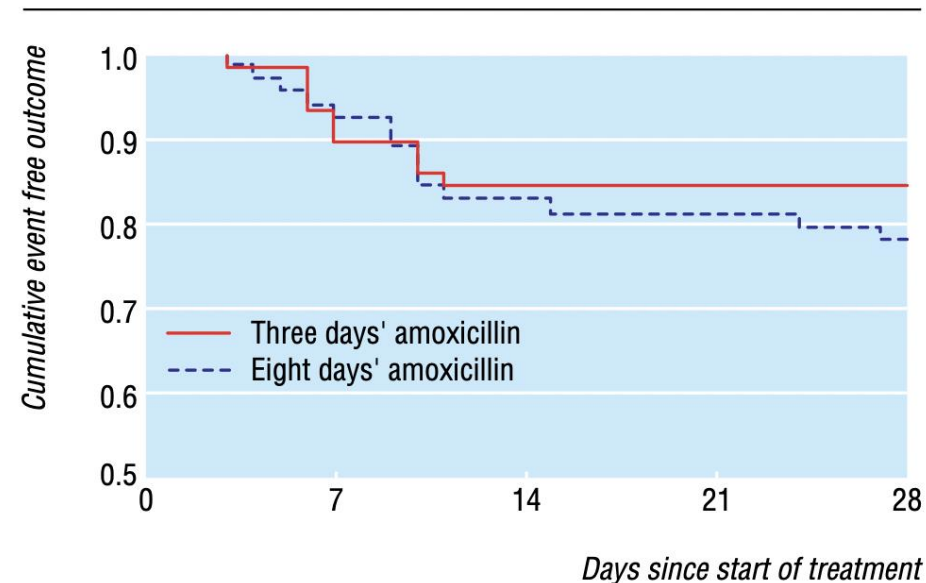
Inclusion des patients majeurs avec des PAC modérées (Psi < 110) dans 9 hôpitaux néerlandais

Randomisation à J3 si amélioration clinique 1:1
5 jours d'amoxicilline versus placebo

Critère de jugement principal : succès clinique à J10 et J28

121 patients randomisés
60% d'hommes d'âge médian de 60 ans
PFLA 70% PSI III-IV

Succès clinique J10 93% dans les 2 groupes
(D 0.1%, 95% CI – 9% to 10%)
J28 90% VS 88%
(D 2.0%, – 9% to 15%)



2 – Quelle durée de traitement ?

3 Essais randomisés

JAMA Internal Medicine

Duration of Antibiotic Treatment in Community-Acquired Pneumonia

A Multicenter Randomized Clinical Trial

Essai multicentrique, randomisé de non-inferiorité espagnol

Inclusion de patients majeurs avec PAC non grave
Randomisation à J5 1:1 arrêt des antibiotiques si stabilité clinique versus poursuite des antibiotiques avec durée laissée à l'appréciation du médecin

Critère de jugement principal : succès clinique J10/J30

Inclusion 312 patients dont 63% d'hommes et d'âge médian de 65ans

Succès J10 56.3% (ttt 5j) vs 48.6% ($P = .18$)
J30 91.7% (ttt 5j) vs 88.6% ($P = .33$)

Uranga, JAMA, 2016

THE LANCET

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

Essai multicentrique, randomisé de non-inferiorité français

Inclusion de patients majeurs avec PAC non grave
Randomisation à J3 1:1 Augmentin ou Placebo

Critère de jugement principal : succès clinique à J15

Inclusion 310 patients dont 60% d'hommes et d'âge médian de 73ans

Succès J15 68% (AAC) vs 77% (placebo)
Différence 9.42%, 95% CI -0.38 to 20.04

Dinh, LID, 2021




AMERICAN THORACIC SOCIETY DOCUMENTS

Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia
 An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America

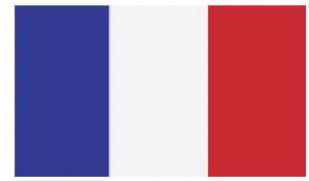
Joshua P. Metlay*, Grant W. Waterer*, Ann C. Long, Antonio Anzueto, Jan Brozek, Kristina Crothers, Laura A. Cooley, Nathan C. Dean, Michael J. Fine, Scott A. Flanders, Marie R. Griffin, Mark L. Metersky, Daniel M. Musher, Marcos I. Restrepo, and Cynthia G. Whitney; on behalf of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America

THIS OFFICIAL CLINICAL PRACTICE GUIDELINE WAS APPROVED BY THE AMERICAN THORACIC SOCIETY MAY 2019 AND THE INFECTIOUS DISEASES SOCIETY OF AMERICA AUGUST 2019

NICE National Institute for Health and Care Excellence

 Public Health England

Pneumonia (community-acquired): antimicrobial prescribing



Pneumonie aigue communautaire (même si pleurésie para pneumonique)

- Si amélioration clinique à J3: **5 jours**
- Si pas d'amélioration clinique à J3: **7 jours**
- Si PAC hospitalisée en réanimation: **7 jours**
- Si légionellose: **14J** (sauf azithromycine: **5J**)

Pleurésie purulente, après dernière évacuation: 15J
Exacerbations de BPCO: 5J

3 – Corticothérapie ?

Siemieniuk RA, *Ann Intern Med*, 2015 ; Briel M, *Clin Infect* 2018

ESSAI RANDOMISE (Torres, JAMA, 2017)

Essai randomisé en double aveugle multicentrique espagnol
Inclusion des patients majeurs avec PAC admis en réanimation avec CRP > 150mg/L

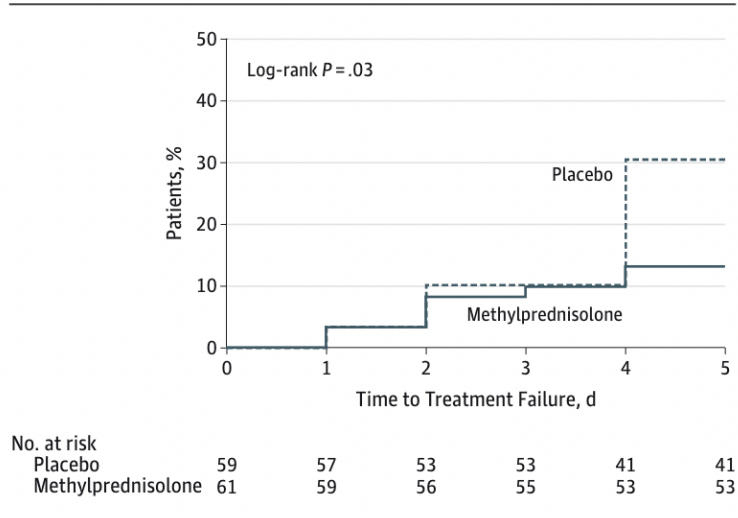
Randomisation 1:1 methylprednisolone 0.5 mg/kg par 12 heures dans les 36 heures versus placebo

Inclusion de 112 patients
Age médian de 64 ans 60% PSI > 130

Critère de jugement I : échec de traitement (critère composite : choc, ventilation mécanique, décès dans les 72h)

13% versus 31% Difference 18% (95% CI, 3% to 32%(P = .02))

Figure 2. Kaplan-Meier Analysis of the Effect of Methylprednisolone on Time to Treatment Failure



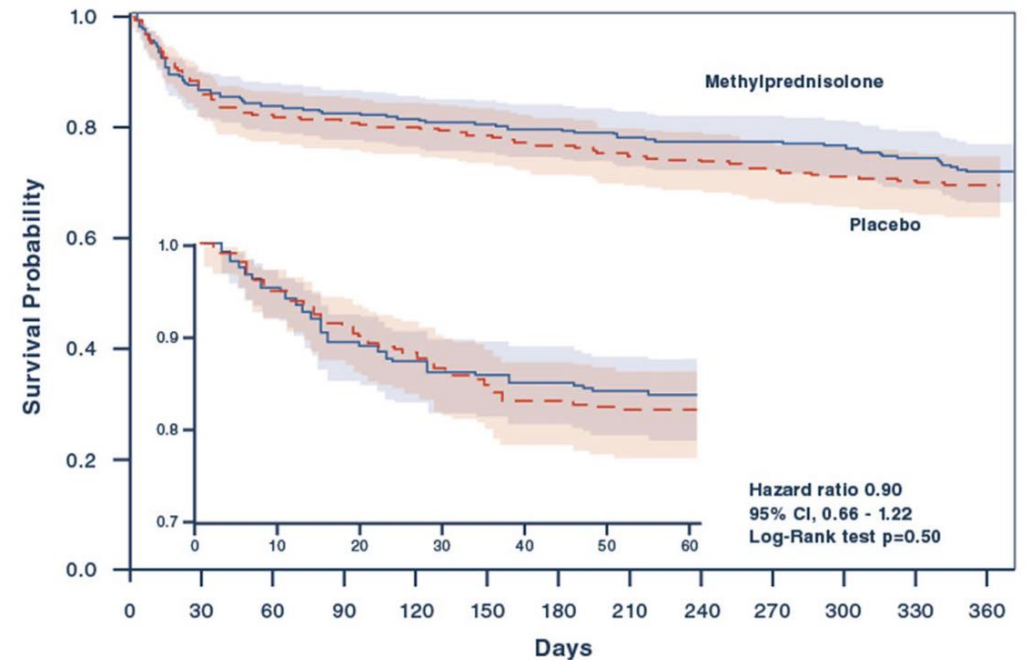
ESSAI ESCAPE (Umberto Meduri, Int Care Med 2022)

Essai randomisé en double aveugle et de supériorité américain
Inclusion des patients majeurs avec PAC admis en réanimation

Randomisation 1:1 40mg de methyl prednisolone dans les 72-96h après le début de la prise en charge versus placebo

Inclusion de 600 patients
Age médian de 69 ans 80% PSI > 130

Critère de jugement I : décès J28 Pas de différence p=0,50



Hydrocortisone in Severe Community-Acquired Pneumonia

Pierre-François Dequin, M.D., Ph.D., Ferhat Meziani, M.D., Ph.D., Jean-Pierre Quenot, M.D., Ph.D., Toufik Kamel, M.D., Jean-Damien Ricard, M.D., Ph.D., Julio Badie, M.D., Jean Reignier, M.D., Ph.D., Nicholas Heming, M.D., Ph.D., Gaëtan Plantefève, M.D., Bertrand Souweine, M.D., Ph.D., Guillaume Voiriot, M.D., Ph.D., Gwenhaël Colin, M.D., et al., for the CRICS-TriGGERSep Network*

3 – Corticothérapie ?

Essai randomisé en double aveugle et de supériorité dans 31 réanimations françaises

Inclusion des patients majeurs avec PAC admis en réanimation

Randomisation 1:1 hydrocortisone dans les 24 premières heures VS placebo en sus des thérapeutiques usuelles

Inclusion de 800 patients
Age médian de 67 ans PSI > 130

Critère de jugement I : décès J28

6.2% [95% CI, 3.9 to 8.6] dans le groupe hydrocortisone versus 11.9% [95% CI, 8.7 to 15.1] dans le groupe placebo
Difference, -5.6 [95% CI, -9.6 to -1. 7]
P=0.006

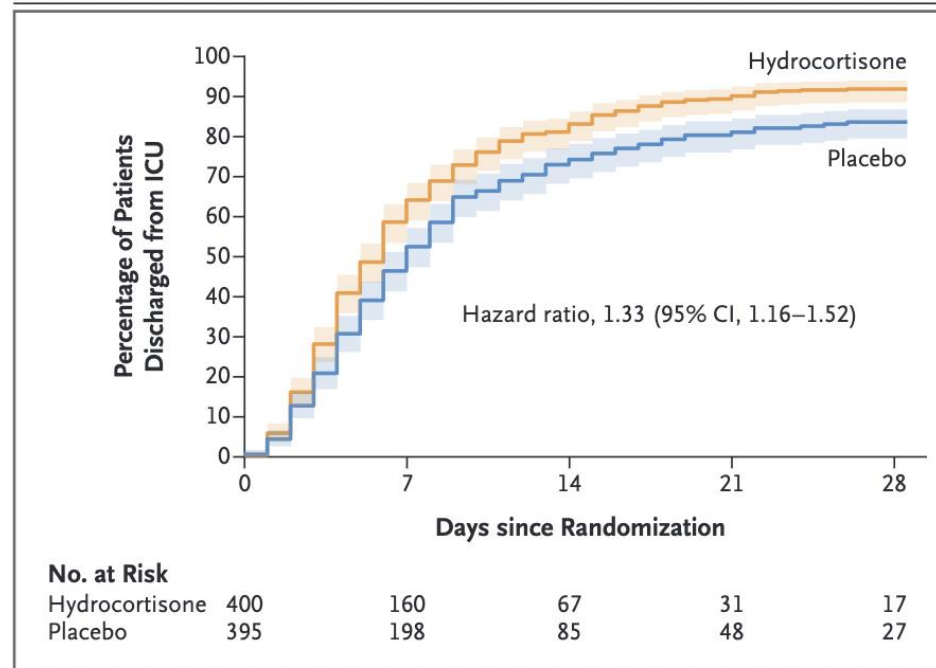
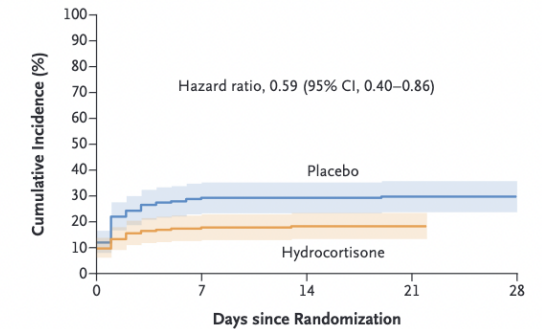


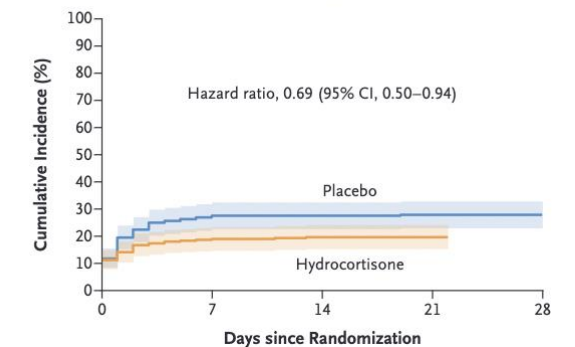
Figure 2. Discharge from ICU by Day 28.

Shown is the cumulative percentage of patients who were discharged from the ICU by day 28 (a secondary outcome in the trial). The length of ICU stay was compared in the framework of a competing-risk model, with death considered as a competing event. For secondary outcomes, the widths of the confidence intervals have not been adjusted for multiplicity and may not be used in place of hypothesis testing.

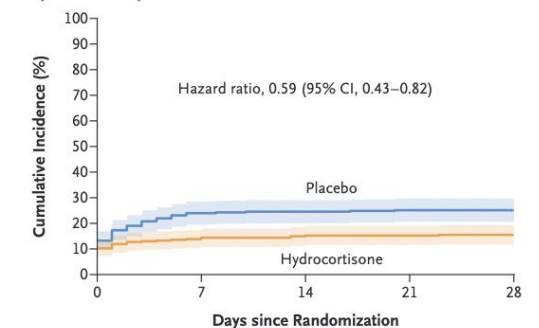
A Intubation in Patients Who Did Not Receive Any Mechanical Ventilation at Baseline

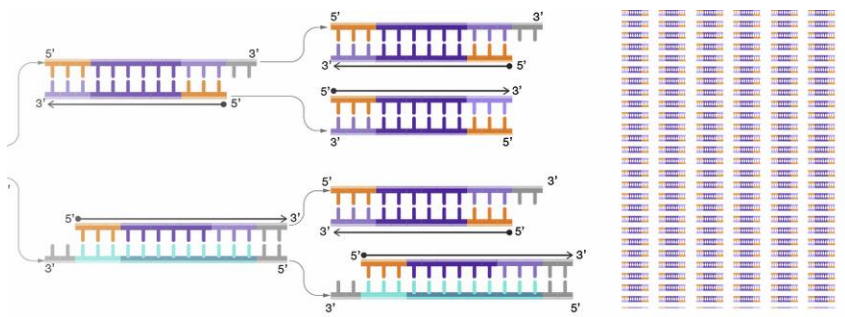


B Intubation in Patients Who Were Not Intubated at Baseline



C Secondary Use of Vasopressors





Ambulatoire

Aucun examen

Hospitalisation

PCR virales / bactéries atypiques si épidémie / clinique

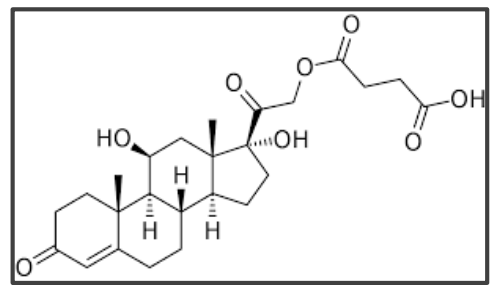
Soins intensifs

PCR virales / bactéries atypiques si épidémie / clinique
 PCR autres pathogènes + résistance si antibiotique
 autre que AAC – C3G



Pneumonie aigue communautaire
 (même si pleurésie para pneumonique)

- Si amélioration clinique à J3: **5 jours**
- Si pas d'amélioration clinique à J3: **7 jours**
- Si PAC hospitalisée en réanimation: **7 jours**
- Si légionellose: **14J** (sauf azithromycine: **5J**)



PAC avec hospitalisation en soins intensifs
 Pas d'indication si Grippe / inhalation / myélosuppression – ctc > 15mg/J
 HSHC 200mg/J en SAP 4 jours puis décroissance selon évolution

M E R C I P O U R V O T R E
A T T E N T I O N

