

# Infections pulmonaires et ORL

« Bon usage » pneumonies  
Durées de traitement raccourcies  
Antibioctic

Dr Magali Vidal  
Maladies infectieuses et tropicales  
CHU Gabriel Montpied  
Clermont-Ferrand

***1<sup>er</sup> octobre 2021***

# Pneumonias

# Etiologies

Pneumonie lobaire

Pneumocoque

Légionelle

*M. Pneumoniae*

*H influenzae, S aureus, K pneumoniae, entérobactéries*

Bronchite

Virus+++

*S pneumoniae, H influenzae, S aureus, P aeruginosa*

*Bordetella pertussis*

Pneumonie interstitielle

Virus+++

ID: pneumocystose, mycose...

*Mycoplasma pneumoniae, Chlamydiae, C burnetii*

# Pneumonies

## Pneumocoque

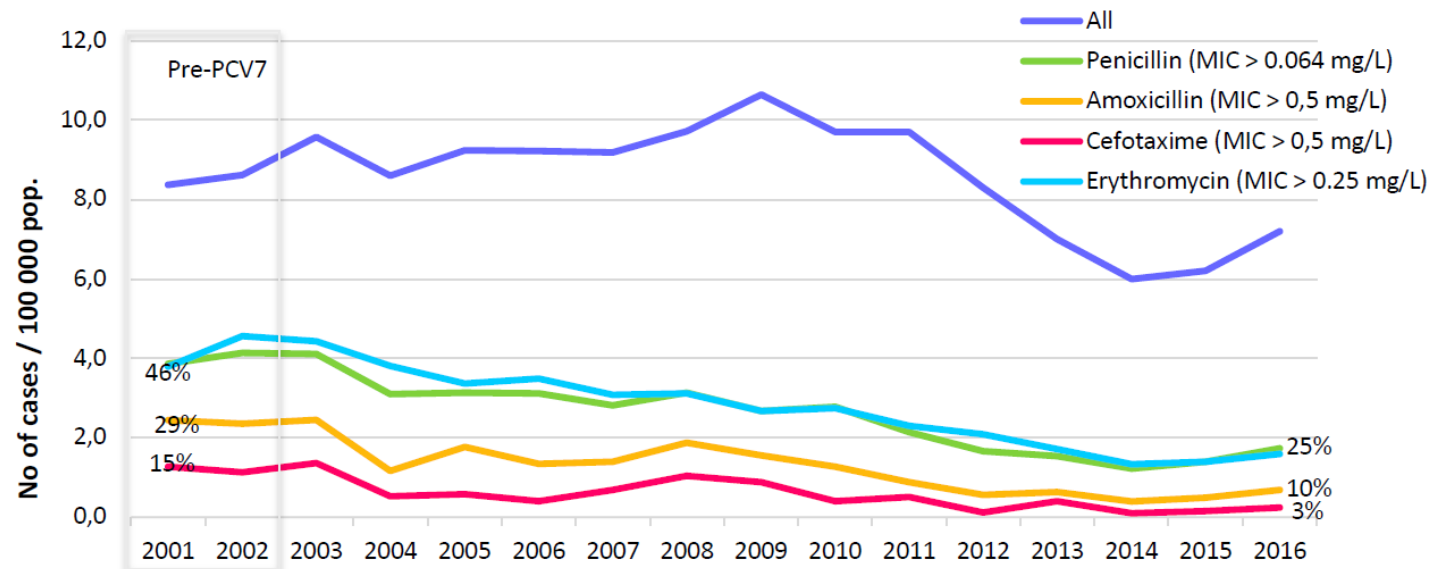


Figure 50 – Evolution de l'incidence des pneumocoques de **sensibilité diminuée** aux bêta-lactamines et aux macrolides isolés de bactériémies, 2001-2016. (Sources : Données Epibac et CNR des Pneumocoques). Pre-PCV7, période précédant l'introduction du vaccin conjugué 7-valent.

Tableau 16 – Sensibilité aux antibiotiques des souches invasives de *S. pneumoniae* isolées en 2017.

Antibiotique	Valeurs critiques		Souches (n)	%S	%I	%R
	S	R				
Pénicilline	≤ 0,064 mg/L	> 2 mg/L	1068	72,0	26,6	1,4
Pénicilline (méningites)	≤ 0,064 mg/L	-	330	69,4	-	30,6
Pénicilline (pneumonies)	≤ 2 mg/L	-	738	98,7	-	1,3
Amoxicilline	≤ 0,5 mg/L	> 2 mg/L	1068	88,1	9,5	2,4
Amoxicilline (méningites)	≤ 0,5 mg/L	-	330	87,6	-	12,4
Amoxicilline (pneumonies)	≤ 2 mg/L	-	738	97,6	-	2,4
Pristinamycine	≥ 19 mm	-	1068	100	-	0
Lévofoxacine	≤ 2 mg/L	-	1068	100	-	0
Moxifloxacine	≤ 0,5 mg/L	-	1068	100	-	0



Rapport d'activité 2018  
Epidémiologie 2017

CNRP

# Pneumonies: traitement en ambulatoire

Recommandations  
2010  
SPILF  
AFSSAPS

	<b>Premier choix</b> <i>privilégier le traitement efficace sur S.pneumoniae</i>	<b>Echec à 48 h</b>	<b>48-72 heures</b>
<b>Sujet présumé sain, sans signe de gravité</b> <i>Suspicion de pneumocoque (début brutal)</i>	<b>Amoxicilline</b>	Macrolide ou FQAP (lévofloxacine) <sup>1</sup> ou pristinamycine ou télithromycine <sup>2</sup> <b>Hospitalisation si deuxième échec</b>	
<i>Doute entre pneumocoque et bactéries « atypiques »<sup>3</sup></i>	Amoxicilline	FQAP (lévofloxacine) <sup>1</sup> ou pristinamycine ou télithromycine <sup>2</sup> <b>Hospitalisation si deuxième échec</b>	
	ou pristinamycine ou télithromycine <sup>2</sup>	<b>Hospitalisation/réévaluation diagnostique et thérapeutique**</b>	
<i>Suspicion de bactéries « atypiques »<sup>3</sup></i>	Macrolide	Amoxicilline ou FQAP (lévofloxacine) <sup>1</sup> ou pristinamycine ou télithromycine <sup>2</sup> <b>Hospitalisation si deuxième échec</b>	
<b>Sujet avec co-morbidité(s) ou sujet âgé ambulatoire (hors institution) sans signe de gravité</b> [sujet âgé en institution cf .Tableau 4]	Amoxicilline / acide clavulanique ou FQAP (lévofloxacine) <sup>1</sup> ou ceftriaxone*	<b>Hospitalisation</b>	

**Traitement ambulatoire**  
**= pas de signe de gravité**  
**= Evaluation à 48-72 heures**

# Pneumonies: traitement en ambulatoire « sujet sain » ou hospitalisation pneumonie non grave

	<b>Premier choix</b> <i>privilégier le traitement efficace sur S.pneumoniae</i>	<b>Echec à 48 h</b>
<b>Sujet présumé sain, sans signe de gravité</b> <i>Suspicion de pneumocoque (début brutal)</i>	<b>Amoxicilline</b>	Macrolide ou FQAP (lévofloxacine) <sup>1</sup> ou pristinamycine ou télithromycine <sup>2</sup> <b>Hospitalisation si deuxième échec</b>
<i>Doute entre pneumocoque et bactéries « atypiques »<sup>3</sup></i>	Amoxicilline	FQAP (lévofloxacine) <sup>1</sup> ou pristinamycine <sup>2</sup> ou télithromycine <sup>2</sup> <b>Hospitalisation si deuxième échec</b>
	ou <span style="border: 1px solid blue; padding: 2px;">pristinamycine<sup>2</sup></span> ou télithromycine <sup>2</sup>	<b>Hospitalisation/réévaluation diagnostique et thérapeutique**</b>
<i>Suspicion de bactéries « atypiques »<sup>3</sup></i>	Macrolide	Amoxicilline ou FQAP (lévofloxacine) <sup>1</sup> ou pristinamycine <sup>2</sup> ou télithromycine <sup>2</sup> <b>Hospitalisation si deuxième échec</b>

**VIDAL 2019**  
**Médicaments**  
RCP du 29/07/2015

TELITHROMYCINE

Cette spécialité n'est plus commercialisée depuis 2018

➔

AMOXICILLINE 1 gramme matin midi et soir

PRISTINAMYCINE 1 gramme matin midi et soir

AZITHROMYCINE 500 mg J1 puis 250 mg J2-J5

FLUOROQUINOLONE en 3<sup>ème</sup> intention

Et si pas de FQ dans les 3 mois précédents.

LEVOFLOXACINE 500 mg \* 2/jour

**DC INDICATIONS** [\(début page\)](#)

- Tavanic est indiqué chez les adultes dans le traitement des infections suivantes (cf Mises en garde et Précautions d'emploi, Pharmacodynamie) :
- Sinusites aiguës bactériennes.
  - Exacerbations aiguës de bronchite chronique.
  - Pneumonies communautaires.
  - Infections compliquées de la peau et des tissus mous.

Pour les infections mentionnées ci-dessus, Tavanic ne doit être utilisé que lorsque les antibiotiques recommandés dans les traitements initiaux de ces infections, sont jugés inappropriés.

# *Pneumonies: traitement en ambulatoire « sujet comorbide »*

	<u>Premier choix</u> <i>privilégier le traitement efficace sur S.pneumoniae</i>	<u>Echec à 48 h</u>
	<b>AMOXICILLINE – ACIDE CLAVULANIQUE</b> 1 gramme matin midi et soir (PRISTINAMYCINE 1 gramme matin midi et soir)  LEVOFLOXACINE 500 mg par jour CEFTRIAXONE 1 gramme/jour	<b>Sujet « comorbide »:</b> Pneumocoque Haemophilus Entérobactéries Staph doré
<b>Sujet avec co-morbidite(s) ou sujet âgé ambulatoire (hors institution) sans signe de gravité</b> [sujet âgé en institution cf .Tableau 4]	Amoxicilline / acide clavulanique ou FQAP (lévofloxacine) <sup>1</sup> ou ceftriaxone*	<b>Hospitalisation</b>

## *Pneumonies: durée de traitement*

### *En ambulatoire*

**5 jours (enfants+++, adultes)**

**Maximum 7 jours**

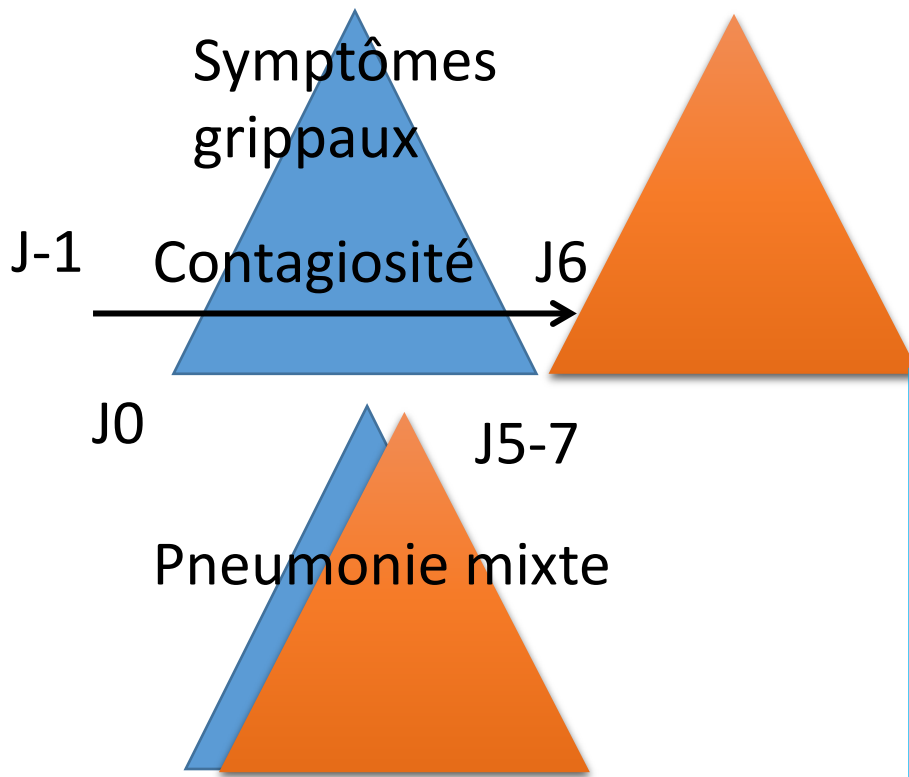
### *Hospitalisation:*

**5 jours si bonne évolution à J3**

**7 jours dans les autres cas (y compris plurésie parapneumonique)**



# Pneumonie dans un contexte grippal sujet sain ou comorbide,



- **Pneumocoque,**
- ***S aureus,***
- ***Haemophilus influenzae,***
- ***Streptococcus pyogenes,***
- **Bacilles Gram négatifs/anaérobies (personnes âgées notamment en institution)**

1. **AMOXICILLINE – ACIDE CLAVULANIQUE**  
1 gramme matin midi et soir
2. **PRISTINAMYCINE** 1 gramme matin midi et soir
3. **CEFTRIAXONE** 1 gramme/jour
4. **LEVOFLOXACINE** 500 mg par jour

# Infections ORL

<https://antibiocllic.com>

**ANTIBIOCLIC**   
Antibiothérapie rationnelle en soins primaires

Dernière MAJ : 24/09/2021

[SE CONNECTER](#) | [S'INSCRIRE](#)

[RECHERCHE](#) [SOURCES](#) [ACTUALITÉ](#) [À PROPOS](#) [CONTACT](#)

+ Aller plus loin dans l'aide à la décision avec les guides de pratique clinique d'[ebmfrance.net](http://ebmfrance.net) +



### RECHERCHE ANTIBIOTIQUE

Domaine anatomique

Choisissez ...

Pathologie

Choisissez ...

**CHERCHER**

[politique de confidentialité](#)



## Modifications récentes

Angine - 24 septembre 2021

Otite moyenne aiguë - 24 septembre 2021

Pyélonéphrite aiguë - 24 septembre 2021



## En préambule

**ANTIBIOCLIC** est un outil **indépendant** d'aide à la décision thérapeutique en antibiothérapie, **pour un bon usage des antibiotiques**.

Ce site est à **usage des professionnels de santé**.

Son contenu suit les dernières **recommandations françaises en vigueur**.

Le contenu du site **ne se substitue pas à la responsabilité de prescription du médecin**.

# Angines

Chez l'adulte: virale dans 75 à 90% des cas

Si Bactérie: Streptocoque A

## TEST DIAGNOSTIQUE ANGINE

| Comment utiliser un TDR Angine ?



| Prélèvement



**1 MINUTE**

Mise en contact  
du prélèvement  
avec les réactifs



Poursuite de  
la consultation  
en attendant  
le résultat

**5 MINUTES**

Immersion du test



**Lectures du résultat  
en fin de consultation**

Dans la plupart des cas, le  
TDR Angine se révèle négatif  
car les angines sont d'origine  
virale dans ; 75 à 90 % des  
cas chez l'adulte, 60 à 75 %  
chez l'enfant.

En 2017,  
**39,7 %** des  
médecins  
généralistes ont  
commandé des  
TDR Angine *versus*  
**30,5%** en 2014

# Angine: AB et durées

## **Enfants > 3 ans et adultes**

- **Amoxicilline 6 jours**
- Allergie non grave: cefpodoxime proxetil (orelox<sup>®</sup>) 5 jours ou cefuroxime axetil (zinnat<sup>®</sup>) 4 jours
- Allergie grave (urticaire, Quincke, choc, bronchospasme):  
Azythromycine 3 jours ou jamycine/clarythromycine 5 jours

**Enfants < 3 ans:** pas d'AB, angines le plus souvent virales

## Adulte

### Traitement conseillé

#### TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE DE 1ÈRE INTENTION

---

- **AMOXICILLINE PO** : 1 g 2 fois/j pendant 6 jours

#### EN CAS D'ALLERGIE BÉNIGNE À LA PÉNICILLINE

---

- CÉFUROXIME-AXÉTIL PO : 250 mg 2 fois/j pendant 4 jours
- ou CEFPODOXIME-PROXÉTIL PO : 100 mg 2 fois/j pendant 5 jours

#### EN CAS DE CONTRE-INDICATION AUX BÊTA-LACTAMINES

---

- **AZITHROMYCINE PO** : 500 mg 1 fois/j pendant 3 jours
- ou CLARITHROMYCINE PO : 250 mg 2 fois/j pendant 5 jours
- ou JOSAMYCINE PO : 1 g 2 fois/j pendant 5 jours

#### CHOIX DU COMITÉ ANTIBIOCLIC

---

- Efficacité et biodisponibilité de l'AMOXICILLINE.
- En second choix l'AZITHROMYCINE car durée brève.

## Enfant

### Traitement conseillé

#### TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE DE 1ÈRE INTENTION

---

- **AMOXICILLINE PO** : 50 mg/kg/j (sans dépasser 3 g/j) en 2 prises quotidiennes pendant 6 jours

#### EN CAS D'ALLERGIE BÉNIGNE À LA PÉNICILLINE

---

- CEFPODOXIME-PROXÉTIL PO : 8 mg/kg/j en 2 prises quotidiennes pendant 5 jours

#### EN CAS DE CONTRE-INDICATION AUX BÊTA-LACTAMINES

---

- **AZITHROMYCINE PO** : 20 mg/kg/j (sans dépasser 500 mg/j) en 1 prise quotidienne pendant 3 jours
- ou CLARITHROMYCINE PO : 15 mg/kg/j (sans dépasser 500 mg/j) en 2 prises quotidiennes pendant 5 jours
- ou JOSAMYCINE PO : 50 mg/kg/j en 2 prises quotidiennes pendant 5 jours

#### CHOIX DU COMITÉ ANTIBIOCLIC

---

- Efficacité et biodisponibilité de l'AMOXICILLINE.
- En second choix l'AZITHROMYCINE car durée brève.

# Infections ORL de l'adulte

- Bronchite aiguë: pas de traitement
- Rhinopharyngite: pas de traitement
- Otite moyenne aiguë 5 jours **Amox**



RECOMMANDER LES BONNES PRATIQUES

FICHE

Otite moyenne aiguë purulente  
de l'adulte

Validée en novembre 2016

Mise à jour en juil. 2021

- Sinusites: AB selon le site et durée selon l'AB

# Infections ORL de l'enfant

- Bronchite aiguë: pas de traitement
- Rhinopharyngite: pas de traitement
- Otite moyenne aiguë **Amox**

Enfant > 2 ans: 5 jours (10 jours si otorrhée ou otite récidivante)

Enfant < 2 ans: 10 jours

- Sinusites: AB selon le site et durée selon l'AB

# Conclusion

- **Amoxicilline!**
- **Les fluoroquinolones sont une alternative de dernier choix.**



# Merci!

Infectious Diseases Now 51 (2021) 114–139



Available online at  
**ScienceDirect**  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
[www.em-consulte.com/en](http://www.em-consulte.com/en)



Guidelines

Anti-infectious treatment duration: The SPILF and GPIP French guidelines and recommendations



*Durées des traitements anti-infectieux. Recommandations françaises SPILF et GPIP*

R. Gauzit<sup>a,\*</sup>, B. Castan<sup>b</sup>, E. Bonnet<sup>c</sup>, J.P. Bru<sup>d</sup>, R. Cohen<sup>e</sup>, S. Diamantis<sup>f</sup>, A. Faye<sup>g</sup>, H. Hitoto<sup>h</sup>, N. Issa<sup>i</sup>, D. Lebeaux<sup>j,k</sup>, P. Lesprit<sup>l</sup>, L. Maulin<sup>m</sup>, D. Poitrenaud<sup>n</sup>, J. Raymond<sup>o</sup>, C. Strady<sup>p</sup>, E. Varon<sup>q</sup>, R. Verdon<sup>r,s</sup>, F. Vuotto<sup>t</sup>, Y. Welker<sup>u</sup>, J.P. Stahl<sup>v</sup>

[doi.org/10.1016/j.idnow.2020.12.001](https://doi.org/10.1016/j.idnow.2020.12.001)