



## GUIDE DE TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE NOSOCOMIALE ET DE LA PNEUMONIE D'ASPIRATION CHEZ L'ADULTE

### PNEUMONIE NOSOCOMIALE

La pneumonie nosocomiale est la deuxième cause d'infections acquises à l'hôpital et engendre un nombre considérable d'antibiothérapies. Il est très important de tenter de documenter l'agent étiologique à l'aide d'une culture des voies respiratoires. Toutefois, le pathogène en cause ne peut pas toujours être identifié et le traitement est souvent empirique. Les traitements recommandés sont présentés au tableau 1.

Lorsque la pneumonie survient dans les premiers jours d'hospitalisation ( $\leq 5$  jours), les germes en cause sont généralement les mêmes que ceux rencontrés dans les infections acquises en communauté (Pneumocoque, *Haemophilus*, *Moraxella*, etc.) et l'agent de choix est une céphalosporine de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> génération. Dans la situation où l'infection survient après une hospitalisation prolongée ( $\geq 6$  jours), la probabilité de colonisation avec des germes acquis à l'hôpital (*S. aureus*, entérobactéries, *Pseudomonas*) est plus élevée et le traitement recommandé est la pipéracilline/tazobactam. Le Levofloxacine peut être utilisé pour traiter les pneumonies nosocomiales précoces ou tardives, toutefois il est réservé aux patients allergiques aux  $\beta$ -lactams ou chez qui un traitement IV n'est pas possible ou souhaitable. Chez les patients chez qui une culture des voies respiratoires est possible, le traitement devra être modifié en fonction des résultats. La durée recommandée est 7 jours pour la plupart des situations.

**TABEAU 1**

**Traitement empirique de la pneumonie nosocomiale<sup>†</sup>**

SITUATION	THÉRAPIE INTRAVEINEUSE	THÉRAPIE ORALE	DURÉE
Hospitalisé depuis $\leq 5$ jours <b>et</b> présentation non sévère	Céfuroxime 1,5 g IV q 8 h <b>ou</b> Ceftriaxone 2 g IV q 24 h	Cefprozil 500 mg po BID*	7 jours
Hospitalisé depuis $\geq 6$ jours <b>ou</b> présentation sévère <b>ou</b> colonisation à <i>P. aeruginosa</i> **	Pip/tazo 3,375 g IV q 6h	Clavulin 875/125, 1 co po BID* (sauf si <i>P. aeruginosa</i> )	7 jours

\* Levofloxacine 750 mg po die peut être utilisé chez les patients allergiques aux  $\beta$ -lactams.

\*\* Prendre en considération les sensibilités de la souche de *P. aeruginosa* pour le choix du traitement

† D'autres choix de traitement pourraient être considérés en fonction des allergies connues, de la condition clinique ou des antécédents du patient.



## PNEUMONIE D'ASPIRATION

Une pneumonie d'aspiration survient à la suite de la pénétration d'une quantité importante de sécrétions provenant de l'oropharynx dans les voies respirations inférieures. Toutefois, la plupart des aspirations n'engendrent pas d'infection et il est bien important de distinguer la simple pneumonite inflammatoire qui ne justifie pas d'antibiothérapie de la pneumonie d'aspiration infectieuse. Les traitements empiriques recommandés lorsqu'une antibiothérapie est jugée nécessaire sont présentés au tableau 2.

Lorsque l'infection est acquise en communauté ou survient dans les premiers jours d'hospitalisation ( $\leq 5$  jours), on recommande la combinaison céphalosporine et métronidazole. La pipéracilline/tazobactam sera réservée aux patients colonisés par un *Pseudomonas* ou aux infections survenant après une hospitalisation prolongée ( $\geq 6$  jours). Un traitement de 7 jours est généralement suffisant.

**Tableau 2**

**Traitement empirique de la pneumonie d'aspiration lorsqu'une antibiothérapie est justifiée<sup>†</sup>**

SITUATION	THÉRAPIE INTRAVEINEUSE	THÉRAPIE ORALE	DURÉE
Acquise en communauté <b>ou</b> hospitalisé depuis $\leq 5$ jours	Céfuroxime 1,5 g IV q 8 h + Métronidazole* 500 mg po/IV q 8 h <b>ou</b> Ceftriaxone 2 g IV q 24 h + Métronidazole* 500 mg po/IV q 8 h	Cefprozil 500 mg po BID + Métronidazole* 500 mg po TID <b>ou</b> Amoxicilline/clavulanate (Clavulin <sup>MD</sup> ) 875/125 mg, 1 co po BID	7 jours
Hospitalisé depuis $\geq 6$ jours <b>ou</b> colonisation à <i>P. aeruginosa</i> **	Pip/tazo 3,375 g IV q 6 h	Amoxicilline/clavulanate (Clavulin <sup>MD</sup> ) 875/125 mg, 1 co po BID (sauf si <i>P. aeruginosa</i> )	7 jours

\* Certains experts considèrent que l'ajout de métronidazole n'est pas essentiel puisque la plupart des bactéries anaérobies retrouvées dans la cavité buccale sont sensibles aux céphalosporines

\*\* Prendre en considération les sensibilités de la souche de *P. aeruginosa* pour le choix du traitement

† D'autres choix de traitement pourraient être considérés en fonction des allergies connues, de la condition clinique ou des antécédents du patient.

## RÉFÉRENCES

- 1 Kalil AC et al. *Management of Adults With Hospital-acquired and Ventilator-associated Pneumonia: 2016 Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the American Thoracic Society.* Clin Infect Dis 2016;63(5):e61–111