



Guide de pratique clinique - Pneumonie nosocomiale chez l'adulte

Le présent guide se veut un outil permettant d'orienter le choix de traitement de première intention de la pneumonie nosocomiale et ne remplace pas le jugement du clinicien. Ce guide n'aborde pas la pneumonie acquise sous ventilateur.

Messages clés :

- **Lorsque la pneumonie survient dans les premiers jours d'hospitalisation, les germes en cause sont généralement les mêmes que ceux rencontrés dans les infections acquises en communauté.**
 - o Dans la situation où l'infection survient après une hospitalisation de plus de 5 jours, la probabilité d'être colonisé avec des germes acquis à l'hôpital augmente à chaque jour d'hospitalisation et le traitement empirique doit donc être adapté en fonction des facteurs de risque de l'usager.
- Le SCSUA suggère d'utiliser des **antibiotiques à plus large spectre** pour le traitement empirique de la pneumonie développée **après 5 jours d'hospitalisation**.
 - o Le traitement empirique de première intention est la pipéracilline-tazobactam à la dose de 4000 mg IV aux 6 heures pour assurer une couverture du *Pseudomonas aeruginosa*.
- Afin de **limiter l'utilisation des carbapénèmes**, le SCSUA propose le céfépime en alternative à la pipéracilline-tazobactam.
 - o Ayant des propriétés différentes des pénicillines, le céfépime est un choix de traitement intéressant en présence d'une allergie non significative à la pénicilline. Cette céphalosporine de 4^e génération offre une couverture adéquate des bactéries à Gram positif et négatif impliquées en pneumonie nosocomiale et couvre *P. aeruginosa*.

Couverture des bactéries multirésistantes en pneumonie nosocomiale

La pneumonie nosocomiale est définie comme une infection pulmonaire qui n'était ni présente ni en incubation au moment de l'admission à l'hôpital. Elle survient généralement 48 heures ou plus après l'hospitalisation. Comme le risque de colonisation par des bactéries multirésistantes augmente à chaque jour d'hospitalisation et est davantage élevé si plus de 5 jours de présence à l'hôpital, le SCSUA recommande de considérer un seuil de plus de 5 jours d'hospitalisation avant de considérer une couverture élargie ciblant notamment *P. aeruginosa* en pneumonie nosocomiale.

Le choix du régime antibiotique dépendra également des autres facteurs de risque de colonisation par des bactéries multirésistantes de l'usager et de la sévérité de la présentation. Une double couverture du *P. aeruginosa*, ou une couverture du SARM, dépend du contexte clinique et des résultats de culture antérieurs, et est laissée à la discrétion du prescripteur.

Traitement empirique de la pneumonie nosocomiale*				
	Traitement initial		Relai oral	Durée totale
Usager hospitalisé depuis 5 jours ou moins <i>et</i> présentation non sévère	Ceftriaxone 2000 mg IV q 24h + Doxycycline 100 mg PO BID Se référer au Guide de traitement de la pneumonie acquise en communauté pour les autres choix et la durée totale de traitement			
Usager hospitalisé depuis 6 jours ou plus <i>ou</i> présentation sévère <i>ou</i> suspicion de <i>P. aeruginosa</i> [‡]	Première intention	Pipéracilline-tazobactam [†] 4000 mg IV q 6h	Lévoﬂoxacine [†] 750 mg PO DIE	7 jours
		Céfépime [†] 2000 mg IV q 8h		
	Si allergie significative aux bêta-lactamines ^a ou contre-indications aux traitements de première intention			
	Lévoﬂoxacine [†] 750 mg PO ^b DIE		S.O.	7 jours

* D'autres choix de traitement pourraient être considérés en fonction des allergies connues, de la condition clinique ou des antécédents de l'usager.

† Ajustement de dose requis en insuffisance rénale.

‡ Si colonisation antérieure au *P. aeruginosa*, offrir une couverture cohérente avec les derniers antibiogrammes, et s'ajuster en fonction de l'antibiogramme actuel s'il y a lieu.

^a Se référer à l'outil clinique de l'INESSS – Allergie présumée aux pénicillines – Évaluer les risques et optimiser l'usage des bêta-lactamines

^b Lévoﬂoxacine par voie IV si PO impossible ou si doute sur l'absorption.

Le SCSUA rappelle les bonnes pratiques d'utilisation des antibiotiques :

- Réévaluer l'antibiothérapie dès que les résultats de cultures sont disponibles, dès que *P. aeruginosa* n'est plus suspecté ou selon le contexte clinique. Une réduction du spectre antibiotique est encouragée pour limiter la résistance.

Céfépime et neurotoxicité

Des cas de neurotoxicité ont été rapportés avec l'utilisation du céfépime tels que l'altération de l'état de conscience, une encéphalopathie, des myoclonies ou des crises convulsives. L'apparition de neurotoxicité semble notamment associée à l'exposition au médicament (dose élevée, accumulation en insuffisance rénale).

Principaux **facteurs de risque de neurotoxicité** au céfépime identifiés dans la littérature :

- Âge avancé (le risque augmente avec l'âge, la majorité des cas surviendrait chez les usagers de plus de 65 ans)
- Insuffisance rénale
 - o Ajustement de la dose requis si DFG_e ou clairance de la créatinine inférieure ou égale à 60 ml/min
- Certaines comorbidités neurologiques, par exemple : épilepsie, troubles neurocognitifs, maladie vasculaire cérébrale, tumeur ou autre lésion cérébrale
- Conditions qui augmentent la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique (sepsis, infections SNC)

Le céfépime doit donc être utilisé avec prudence chez les usagers présentant ces facteurs de risque. En cas d'apparition de signes de neurotoxicité, la prise en charge repose sur l'arrêt du médicament et l'instauration d'un traitement symptomatique au besoin. La majorité des cas sont réversibles après l'interruption du traitement.