BULLETIN

Sous-comité de surveillance de l'utilisation des antibiotiques

No 46 | Janvier 2026

Guide de pratique clinique - Pneumonie acquise en communauté chez l'adulte

Le présent guide se veut un outil permettant d'orienter le choix de traitement empirique de la pneumonie acquise en communauté (PAC) au CHU de Québec-UL et ne remplace pas le jugement du clinicien. Les recommandations de traitement se basent, entre autres, sur les lignes directrices de l'*Infectious Diseases Society of America* (IDSA) publiées en 2019.

Messages clés :

- **Privilégier la doxycycline orale en association avec une aminopénicilline ou la ceftriaxone** comme traitement de première intention de la PAC ne requérant pas d'admission aux soins intensifs.

  La doxycycline permet la couverture des principaux germes respiratoires, et comporte un effet protecteur contre le développement de diarrhées associées au *C. difficile* (DACD), contrairement aux autres antibiotiques couvrant les bactéries intracellulaires.

- **Considérer les aminopénicillines en association avec la doxycycline orale ou un macrolide en traitement de la PAC non sévère chez les usagers à faible risque de complications**.

- L'utilisation de la **doxycycline par voie intraveineuse n'est pas recommandée** au CHU pour le traitement empirique des infections communes telle que la PAC. La voie orale est à prioriser pour cette indication.

- La **durée de traitement** peut se limiter à **5 jours** pour la majorité des usagers, s'il y a atteinte d'une stabilité clinique en 48 à 72 heures.

- Les fluoroquinolones devraient être utilisées seulement lorsqu'aucun autre traitement n'est possible.
  - **Privilégier l'azithromycine comme alternative à la doxycycline si celle-ci ne peut pas être utilisée ou est contre-indiquée**, avant d'envisager une monothérapie avec la lévofloxacine.

    La clarithromycine présente davantage d'interactions médicamenteuses que l'azithromycine. Toutefois, la clarithromycine est associée à un risque plus faible d'émergence de résistance aux macrolides, de sorte qu'elle peut aussi constituer un choix raisonnable.

<table>
<tr><th colspan="5">Traitement empirique de la pneumonie acquise en communauté
ne requérant pas d'admission aux soins intensifs</th></tr>
<tr><td></td><td>Traitement initial</td><td>Relai oral</td><td>Durée totale</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">Première intention</td><td>Usagers à faible risque* de complications :

Ampicilline† 2000 mg IV q6h
+
Doxycycline 100 mg PO BID</td><td>Amoxicilline† 1000 mg PO TID
+
Doxycycline 100 mg PO BID</td><td>5 jours ‡</td><td rowspan="2">Si contre-indicationa à la doxycycline :

Ampicilline ou ceftriaxone
+
Azithromycineb
500 mg PO le jour 1 puis 250 mg PO DIE pour 4 jours</td></tr>
<tr><td>Ceftriaxone 2000 mg IV q24h
+
Doxycycline 100 mg PO BID</td><td>Cefprozil† ou
Céfuroxime axétil†
500 mg PO BID
+
Doxycycline 100 mg PO BID</td><td>5 jours‡</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="4">*Critères favorisant l'utilisation d'une aminopénicilline chez les usagers hospitalisés pour PAC :
Infection non sévère**
Aucun antibiotique (notamment une pénicilline) reçu dans les 90 derniers jours
Absence d'influenza récent
Individu en santé (absence de comorbidités significatives telles que maladie chronique cardiaque, pulmonaire, hépatique ou rénale, immunosuppression, asplénie, diabète non contrôlé, éthylisme chronique)
Cette liste de comorbidités est laissée ici à titre indicatif afin d'orienter le clinicien dans sa décision. D'autres comorbidités pourraient être prises en compte.
**Selon la présentation et le jugement du clinicien. Certaines lignes directrices européennes suggèrent l'emploi des scores CRB-65 ou CURB-65, développés initialement afin de prédire le risque de mortalité en PAC, afin d'orienter le choix de traitement. Ces scores peuvent guider le clinicien dans sa décision, cependant les autres facteurs de gravité absents de ces outils sont à prendre en considération également.</td></tr>
<tr><td colspan="5">Si allergie significative aux bêta-lactaminesc ou
contre-indications aux traitements de première intention :</td></tr>
<tr><td></td><td>Lévofloxacine† 750 mg POd DIE</td><td>S.O.</td><td>5 jours‡</td><td></td></tr>
</table>

† Ajustement de dose requis en insuffisance rénale.

‡ Si présence des critères de stabilité en 48-72 heures et absence de critères d'exclusion (**voir page suivante**).

a Hypersensibilité, voie PO impossible, sténose de l'œsophage, grossesse/allaitement
L'administration de la doxycycline par tube de nutrition chez les usagers sous nutrition entérale (gavage) n'est pas une contre-indication mais doit préférablement être faite lors d'une pause pour maximiser l'absorption.

b Si contre-indication à la voie PO, voie IV possible avec l'azithromycine (ex. 500 mg IV q24h x 3 doses).

c Se référer à l'outil clinique de l'INESSS – Allergie présumée aux pénicillines – Évaluer les risque et optimiser l'usage des bêta-lactamines
d Lévofloxacine par voie IV si PO impossible ou si doute sur l'absorption.

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

Utilisation d’une aminopénicilline en traitement de première intention

Afin de privilégier l’antibiotique avec le spectre antimicrobien le plus étroit, le SCSUA suggère de considérer les aminopénicillines en association avec la doxycycline ou un macrolide en traitement de la PAC non sévère chez les usagers à faible risque de complications, selon le jugement clinique.

Plusieurs lignes directrices de traitement de la PAC recommandent une aminopénicilline (ampicilline, amoxicilline) en première intention et en monothérapie chez les usagers hospitalisés comme en externe, en présence d'une symptomatologie non sévère. Ces antibiotiques à spectre plus étroit couvrent adéquatement le *Streptococcus pneumoniae* (0,3 % de résistance aux pénicillines au CHU de Québec en 2022 pour les infections ne touchant pas le système nerveux central). L’amoxicilline est un antibiotique de première intention en monothérapie pour le traitement ambulatoire de la PAC, tel que mentionné dans les dernières lignes directrices de l’IDSA : elle figurait d’ailleurs comme choix de traitement chez les usagers hospitalisés dans l’édition antérieure. Une étude israélienne récente démontre une efficacité similaire de l’ampicilline par rapport à la ceftriaxone pour le traitement de la PAC, en association à l’azithromycine. Les aminopénicillines couvrent moins bien d’autres bactéries impliquées en PAC, telles que l’*Haemophilus influenzae* (30 % de résistance à l’ampicilline) et le *Staphylococcus aureus*, notamment plus prévalent en contexte de pneumonies post-grippales. L'administration de deux antibiotiques de classe différente (aminopénicilline + doxycycline ou macrolide) offre cependant une couverture élargie des autres germes possibles.

En l’absence d’amélioration ou si détérioration des signes et symptômes après 48 heures de traitement, il importe d’augmenter le spectre antimicrobien en modifiant l'antibiothérapie pour la ceftriaxone.

Durée de traitement de la pneumonie acquise en communauté

Les lignes directrices de l’IDSA et du National Institute for Health and Care Excellence (NICE) recommandent de **limiter le traitement de la PAC à 5 jours**, lorsque l’état clinique de l’usager s’est amélioré ou stabilisé 48 à 72 heures après le début du traitement, ce qui est le cas pour la majorité des usagers.

Critères de stabilité de la PAC
Normalisation des signes vitaux (Fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, tension artérielle, saturation en O_2, température)
Capacité à s’alimenter
État de conscience normal

Bien que la plupart des études supportant la non-infériorité de cette durée comportaient peu d’usagers atteints de PAC sévère, l’IDSA suggère de traiter selon le même schéma les usagers atteints de PAC sévère sans complication infectieuse. **La courte durée de traitement ne devrait cependant pas s’appliquer aux usagers présentant une des caractéristiques suivantes** :

- Amélioration lente sous antibiotique (temps pour atteindre une stabilité clinique, plus de 72 heures après le début du traitement)
- Pneumonie compliquée d’une méningite, d’une endocardite, d’un empyème, d’un abcès pulmonaire ou d’autres infections profondes
- Infections causées par des pathogènes moins fréquents tels que *Legionnella* ou *Pseudomonas aeruginosa*