

Pneumonie aigue communautaire (PAC) de l'adulte

Messages clés à destination des Médecins Généralistes
à partir des recommandations SPILF-SPLF 2025

DURÉE DE L'ANTIBIOTHÉRAPIE

3 jours

En cas d'obtention de **critères de stabilité*** à J3, une durée totale de traitement de 3 jours est recommandée.

5 jours

En cas d'obtention de **critères de stabilité* entre J3 et J5**, une durée totale de traitement de 5 jours est recommandée.

***Critères de stabilité :**

- Température : $\leq 37,8$ °C
- Pression artérielle systolique : ≥ 90 mmHg
- Fréquence cardiaque : ≤ 100 /min
- Fréquence respiratoire : ≤ 24 /min
- SpO₂ : ≥ 90 % en air ambiant

7 jours

Dans les autres cas de **PAC non compliquée**, une durée totale de 7 jours est recommandée.

+ 7 jours

Un traitement d'une durée supérieure à 7 jours n'est justifié que s'il existe **une complication telle qu'un abcès ou un épanchement pleural**.

CADRE DES RECOMMANDATIONS

Pneumonies aigues supposées bactériennes, de l'adulte, prises en charge en ambulatoire et à l'hôpital hors soins critiques-réanimation.

Source : Recommandations SPILF-SPLF 2025

Messages clés à destination des Médecins Généralistes _ Avril 2025



Pneumonie aigue communautaire (PAC) de l'adulte

SITUATIONS CLINIQUES



DÉFINITION D'UN PAC GRAVE

Au moins un des critères majeurs suivants :

- **Choc septique** nécessitant des amines
- **Détresse respiratoire** nécessitant le recours à la ventilation mécanique

OU

Au moins 3 des critères mineurs suivants :

- **Fréquence respiratoire** > ou = 30 cycles/minute
- **PaO₂/FI_{O2} < ou = 250** [estimation FI_{O2} : FI_{O2} = 0,21 + 0,03 x débit O₂ (L/min)]
- **Infiltrats multi-lobaires** (au moins 2 lobes atteints)
- **Confusion-désorientation**
- **Leucopénie** (leucocytes < 4000 éléments/ml), hors contexte de chimiothérapie
- **Thrombocytopénie** (plaquettes < 100 000 éléments/ml)
- **Hypothermie** (t° < 36°C)
- **Hypotension artérielle** nécessitant une expansion volémique

COMORBIDITES ET FACTEURS ANAMNESTIQUES À CONSIDÉRER DANS LE CHOIX D'UNE ANTIBIOTHÉRAPIE PROBABILISTE POUR UNE PAC

Anamnèse :

- **Hospitalisation dans les 6 mois**
- **Antibiothérapie dans le mois précédent**

Terrain et comorbidités :

- **Ethylisme** chronique
- Troubles de la **déglutition**
- **Maladie neurologique** grave avec risque de fausses routes (AVC, Parkinson, démence, SEP...)
- **Néoplasie** active
- **Immunodépression** (corticothérapie > 10 mg/j, autres traitements immunosuppresseur, asplénie, agranulocytose, infection à VIH avec CD4 < 200/mm³, déficit immunitaire primitif...)
- **Insuffisance respiratoire** chronique
- **Insuffisance cardiaque** congestive
- **Insuffisance hépatique**
- **Insuffisance rénale chronique** (DFG < 60 mL/min)



QUAND SUSPECTER UNE PAC À BACTÉRIE « ATYPIQUE » ?

EN FAVEUR D'UNE PAC À MYCOPLASMA PNEUMONIAE

- **Plusieurs cas dans une famille ou une institution**
- **Non réponse, à 48-72H, à une antibiothérapie** par bêta-lactamine bien conduite
- **Sujets jeunes**
- **Contexte algique** : myalgies, arthralgies, céphalées
- **Tableau progressif** : toux fébrile trainante, présence de signes respiratoires hauts
- **Signes cliniques extra-respiratoires** : cutanéomuqueux, digestifs, neurologiques
- **Signes biologiques** : anémie hémolytique, insuffisance rénale
- **Signes radiologiques** : infiltrat non systématisé des 2 bases, syndrome interstitiel micronodulaire, centrolobulaire, bronchiolite + infiltrats alvéolaires)

EN FAVEUR D'UNE LÉGIONELLOSE

- Notion de **voyage récent**, d'exposition à de l'**eau en aérosols**
- **Non réponse, à 48-72H, à une antibiothérapie** par bêta-lactamine bien conduite
- Existence de **comorbidités**, d'une immunodépression
- **Installation assez rapidement progressive** (2 à 3 jours)
- **Pouls dissocié**
- **Contexte algique** : myalgies, céphalées
- **Signes extra-respiratoires** : digestifs (douleurs abdominales, diarrhées, vomissements), neurologiques (troubles de conscience, céphalées)
- **Signes biologiques** : hyponatrémie, insuffisance rénale, cytolyse, rhabdomyolyse
- **Signes radiologiques** : opacités alvéolaires uni ou bilatérales

L'ATHME ET L'ÂGE AVANCÉ

L'asthme en soi n'est pas une comorbidité justifiant une modification de l'antibiothérapie probabiliste par amoxicilline. Un âge avancé (en l'absence d'au moins une des comorbidités listées) non plus.

CADRE DES RECOMMANDATIONS

Pneumonies aiguës supposées bactériennes, de l'adulte, prises en charge en ambulatoire et à l'hôpital hors soins critiques-réanimation.

Source : Recommandations SPILF-SPLF 2025

Messages clés à destination des Médecins Généralistes _ Avril 2025



Pneumonie aigue communautaire (PAC) de l'adulte

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

BIOMARQUEURS ET MICROBIOLOGIE

- ⊗ **Ni la CRP, ni la PCT** ne sont recommandées pour le diagnostic et/ou le suivi des PAC.
- ⊗ La recherche d'un **antigénurie** Legionella ou Pneumocoque n'est pas recommandée dans les PAC ambulatoires.
- ⊗ La réalisation d'un **ECBC** n'est pas recommandée dans les PAC ambulatoires.
- ⊗ La réalisation d'**hémocultures** n'est pas recommandée dans les PAC ambulatoires.
- ⊗ La **recherche de virus respiratoires** ainsi que l'**utilisation des PCR syndromiques** ne sont pas recommandées dans les PAC ambulatoires.

DIAGNOSTIC PAR L'IMAGERIE

- ✓ **Une radiographie thoracique** est recommandée pour diagnostiquer une PAC ambulatoire. Un délai de réalisation inférieur à 3 jours est souhaitable.
- ✓ **Une radiographie thoracique** doit être pratiquée en cas d'évolution initiale non favorable.
- ✓ **Une échographie pleuro-pulmonaire** peut être utilisée en première intention pour confirmer le diagnostic de PAC ambulatoire en cas de suspicion clinique.
- ⊗ La réalisation d'**un scanner thoracique** n'est probablement pas recommandée pour le diagnostic d'une PAC en ambulatoire.
- ✓ La réalisation d'**un scanner thoracique** paraît justifiée en cas de non-amélioration ou aggravation des signes respiratoires à 48-72 heures de traitement ou, à distance (après un délai d'au moins 2 mois), s'il existe des facteurs de risque de cancer pulmonaire (âge > 50 ans + tabagisme)
- ⊗ La réalisation systématique d'**un examen d'imagerie** n'est pas recommandée en cas d'évolution clinique favorable.



CADRE DES RECOMMANDATIONS

Pneumonies aigues supposées bactériennes, de l'adulte, prises en charge en ambulatoire et à l'hôpital hors soins critiques-réanimation.

Source : Recommandations SPILF-SPLF 2025

Messages clés à destination des Médecins Généralistes _ Avril 2025



Pneumonie aigue communautaire (PAC) de l'adulte

CHOIX DU TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE EN AMBULATOIRE

PATIENT SANS COMORBIDITÉ

CAS GÉNÉRAL

EN DEHORS D'UN CONTEXTE D'INFECTION VIRALE



AMOXICILLINE

[1g X 3, PO] reste le traitement de référence chez un patient sans comorbidité* présentant une PAC non grave (cf critères de gravité supra).

- ✓ En cas d'allergie avérée à l'ensemble des bêta-lactamines, la **pristinamycine** [1g X 3] est l'antibiotique recommandé.
- ✓ Lors de la réévaluation à 48-72 heures, en cas d'échec de traitement par l'amoxicilline, il est recommandé de réaliser soit un relais par **un macrolide**, soit l'ajout d'**un macrolide**.

EN CAS DE DOUTE SUR UNE PNEUMONIE À GERME ATYPIQUE



Le choix doit se porter sur un **macrolide** ou la **pristinamycine**.

- ✓ Lors de la réévaluation à 48-72 heures, en cas d'échec de traitement par un macrolide choisi en première ligne, en l'absence d'amélioration à 48-72 heures, il est recommandé de réaliser soit un **relais par l'amoxicilline**, soit l'**ajout d'amoxicilline**.

EN CAS DE SUSPICION DE CO/SUR-INFECTION VIRALE (GRIPPE)



AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

[1g X 3, PO] est le traitement probabiliste de référence.

- ✓ En cas d'allergie avérée à la pénicilline, la **pristinamycine** est l'antibiotique recommandé.
- ⊗ La **lévofloxacine** (ou une autre fluoroquinolone) n'a pas sa place ici sauf en cas d'impossibilité (allergie ou autre intolérance majeure) d'utiliser les bêta-lactamines ou la **pristinamycine** (ou les macrolides)

PATIENT AVEC COMORBIDITÉ

Sans facteur de risque d'infection à *P. aeruginosa*



AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

[1g X 3, PO] est le traitement probabiliste de premier choix.

- ✓ En cas d'allergie immédiate (même grave) ou en cas d'allergie retardée non grave à la pénicilline, la **ceftriaxone** [1g par jour, par voie IV, IM ou SC] peut être utilisée.
- ✓ En cas d'allergie avérée à l'ensemble des bêta-lactamines ou d'allergie retardée grave à la pénicilline, la **lévofloxacine** [500 mg par jour, par voie orale si possible] est une option.
- ⊗ Les céphalosporines orales n'ont aucune indication dans le traitement des PAC.

La corticothérapie dans le traitement des PAC



Au cours des PAC non graves, l'adjonction de corticoïdes n'est pas recommandée (en l'absence d'une situation pouvant justifier en soi une corticothérapie)

		1ER CHOIX	ALTERNATIVE
SYNTHÈSE	Sans comorbidité	Amoxicilline	Pristinamycine
	Au moins une comorbidité*	Amoxicilline-acide clavulanique	C3G parentérale
	Suspicion de co/surinfection bactérienne d'une infection virale (grippe)	Amoxicilline-acide clavulanique	C3G parentérale ou pristinamycine
	Infection ou mise en évidence de bactérie atypique	Macrolide	Pristinamycine ou doxycycline

CADRE DES RECOMMANDATIONS

Pneumonies aigues supposées bactériennes, de l'adulte, prises en charge en ambulatoire et à l'hôpital hors soins critiques-réanimation.

Source : [Recommandations SPILF-SPLF 2025](#)

Messages clés à destination des Médecins Généralistes _Avril 2025

