

ANTIBIOTHERAPIE EN PNEUMOLOGIE

Djimli o

Université Ferhat Abbas, Sétif 1

Faculté de médecine

Cours de pneumophysiologie, année universitaire 2019-20

INTRODUCTION

- *Antibiothérapie* : infection bactérienne
 - Dg de certitude*
 - Dg de forte présomption*
- *Démarche se fait par étapes*
- *Choix de ATB est f(x)des critères :*
 - *Bactériologiques*
 - *Pharmacologiques*
 - *Individuels*
 - *Toxicologiques*
 - *Écologiques*
 - *économiques*

CHOIX DE L'ANTIBIOTIQUE

- **Critères bactériologiques**
 - *Le choix est f(x) de la bactérie en cause*
 - *Donc nécessité de prélèvements bactériologiques avant traitement*
 - *En cas d'urgence ,tenir compte des données bactériologiques et sémiologiques*
- Forte probabilité*

CHOIX DE L'ANTIBIOTIQUE

Données épidémiologiques:

- *Bronchites aiguës :*

(*virus, myxovirus, coronavirus, adénovirus, rhinovirus, agents apparentées clamidia et mycoplasma pneumoniae*)

- *agents de surinfection : Pneumocoque et hémophilus influenzae*

CHOIX DE L'ANTIBIOTIQUE

- **Infections bronchiques chroniques** (BPCO, DDB) :
pneumocoque, Hémophilus Influenzae
- **Infections graves** (DDB étendues, mucoviscidose):
staphylocoque , entérobactéries
- **Pneumonies extrahospitalières** : souvent *pneumocoque, Hémophilus I, myxovirus influenzae, mycoplasma pneumoniae, legionella*
Rarement BGN (*entérobactéries, pyocyanique*)
- **Pneumonies nosocomiales** (BGN, *staphylocoque*)

CHOIX DE L'ANTIBIOTIQUE

Variabilité en f(x) de l'âge et du terrain

- *Sujet âgé : BGN, staphylocoque*
- *Enfant : virus*
- *Terrain : diabète (staphylocoque)*
- *Alcool (klebsielle)*
- *BPCO (pneumocoque, Hémophilus I.)*
- *Anaérobie (pneumopathie d'inhalation)*

CHOIX DE L'ANTIBIOTIQUE

Données sémiologiques :

L'orientation se fait sur l'histoire clinique, le terrain et l'examen clinique

Bronchite A et EABPCO : virus ou bactérie

En pratique , expectoration purulente et Sd infectieux : ATB

PAC :

- *PFLA surtout pneumocoque*
- *Pneumonie atypique : virus, Mycoplasma P. clamidia*
- *Tableau intermédiaire : legionella*

Pneumonies nosocomiales : BGN ,staphylocoque

Données bactériologiques et écologiques locales

Données cliniques (gravité clinique)

ANTIBIOTHERAPIE ADAPTEE

L'antibiothérapie adaptée :

- *Après identification du germe et ATBG*
- *Pouvoir bactéricide des ATB , association*

CRITERES PHARMACOLOGIQUES

- *Efficacité au site de l'infection (C° tissulaire, CMI)*
- *Paramètres pharmacologiques influençant La prescription :*
- *L'absorption (liaison aux protéines, taux plasmatiques, volume apparent de distribution, 1/2 vie plasmatique)*
- *Diffusion (bonne diffusion des macrolides , B.lactamines, FQ)*
- *Elimination (urinaire, biliaire) : adaptation des posologies*

CRITERES INDIVIDUELS

- **Choix** : tenir compte du terrain
- **Enfant et Nourrisson** : utiliser B.lactamines et macrolides)
- **Femme enceinte** : (sécurité des B.lactamines et des macrolides)
- **Sujet âgé** : tenir compte surtout de la f(x) rénale
- **Insuffisance rénale et hépatique**
- **Allergie**
- **Granulopénie** : enterobactéries ,staphylocoque,pyocyanique
ATB bactéricides

CRITERES DE CHOIX

- **Critères toxicologiques**

Choisir l' ATB le moins toxique

- **Critères écologiques**

Rupture de l'équilibre écologique

Création de résistance

Éviter les ATB à large spectre fortement inducteurs de résistance(amino-penicillines, cyclines, aminosides, céphalosporines)

Privilégier les ATB à spectre étroit

- **Critères économiques**

CHOIX DE L'ANTIBIOTIQUE

MONO OU BI-ANTIBIOTHÉRAPIE

L'association a plusieurs buts:

- *Elargissement du spectre,*
- *réduction du risque de sélection MR,*
- *recherche de synergie,*
- *accélération de la bactéricidie*
- **MAIS** *en contre partie augmentation*
- *de la toxicité,*
- *risque d'inactivation ou d'antagonisme,*
- *risque écologique,*
- *cout*

CHOIX DE L'ANTIBIOTIQUE

MONO-ANTIBIOTHÉRAPIE EST LA RÈGLE

*Association en cas d'infection à Pseudomonas A,
entérobactéries Serratia infection polymicrobienne*

ANTIBIOTIQUES : MOLECULES ET POSOLOGIE

Antibiotiques	Posologies*
Pénicillines A . amoxicilline PO . amoxicilline-acide clavulanique PO	1 g x 3/j 1 g x 3/j
Céphalosporine de 2^e génération orale . céfuroxime-axétil PO	250 mg x 2/j
Céphalosporines de 3^e génération orales . cefpodoxime-proxétil PO . céfotiam-hexétil PO	200 mg x 2/j 400 mg x 2/j
Céphalosporines de 3^e génération injectables . ceftriaxone IV/IM/SC . céfotaxime IV	1 à 2 g/j - 5 jours 1 à 2 g x 3/j
Synergistine . Pristinamycine PO	1 g x 3/j pendant les repas - 4 jours
Kétolide . télichromycine PO	800 mg/j - 5 jours

ANTIBIOTIQUES : MOLECULES ET POSOLOGIE

<p>Macrolides</p> <ul style="list-style-type: none"> . azithromycine PO . érythromycine IV . clarithromycine PO (standard) . clarithromycine PO (libération prolongée) . josamycine PO . roxithromycine PO . spiramycine IV 	<p>500 mg le 1^{er} jour, puis 250 mg les 4 jours suivants, 5 j</p> <p>1 g x 3 à 4/j ; PO : 1 g x 3/j</p> <p>500 mg x 2/j</p> <p>1 g/j - 5 jours</p> <p>1 g x 2/j</p> <p>150 mg x 2/j</p> <p>1,5 MUI x 3/j ; PO : 6 à 9 MUI/j en 2 ou 3 prises</p>
<p>FQAP</p> <ul style="list-style-type: none"> . lévofloxacine** PO . moxifloxacine*** PO 	<p>500 mg x 1/j 7 à 10 jours</p> <p>400 mg x 1/j 5 à 10 jours</p>
<p><i>* Durée : 7 à 14 jours (sauf si précisée) ; ** Pas de fluoroquinolone si le patient en a déjà pris une dans les 3 derniers mois ; *** Lorsque aucun autre antibiotique ne peut être utilisé.</i></p>	

ANTIBIOTHERAPIE : L'ESSENTIEL

- *Prise en charge à domicile : possible pour les pneumonies et les exacerbations de BPCO en l'absence de signe de gravité.*
- *Pas d'antibiothérapie en cas de bronchite aiguë chez l'adulte sain.*
- *L'amoxicilline (3 x 1 g par jour) reste le traitement de référence dans les infections à pneumocoque.*
- *Réévaluation à 48-72 h : une amélioration clinique significative doit être observée.*
- *L'utilisation des **fluoroquinolones** en première intention n'est pas recommandée sauf rare exception (ex: l'allergie vraie aux β -lactamines, légionellose).*

ANTIBIOTHERAPIE : L'ESSENTIEL

- ***Examen cyto-bactériologique des crachats (ECBC) : ne doit pas être réalisé sauf conditions très particulières.***
- ***Chez le patient non ventilé, l'aspiration endo-trachéale est à proscrire en tant qu'outil diagnostique et d'orientation thérapeutique.***
- ***Vaccinations anti-grippale et anti-pneumococcique : ne pas l'oublier dans les populations à risque.***