

# Recommandations pour le traitement des infections respiratoires

Tableau 12. Traitement empirique de la pneumonie acquise en communauté chez l'adulte [a](#)

SITUATION CLINIQUE	OPTIONS THÉRAPEUTIQUES* <a href="#">,b</a>	DURÉE <a href="#">c, d</a>
Externe → aucune comorbidité et aucun traitement antibiotique récent	<ul style="list-style-type: none"> <li>Clarithromycine (Biaxin<sup>MD</sup>) 500 mg PO BID (ou 1g XL die) <a href="#">e</a></li> <li>Azithromycine (Zithromax<sup>MD</sup>) 500 mg PO die</li> <li>Azithromycine 500 mg PO x 1 puis 250 mg PO die</li> <li>Voir externe avec comorbidité ci-après pour alternatives</li> </ul>	5-7 jours 3 jours 5 jours 
Externe (ou relais oral <a href="#">b</a> ) → comorbidité ou antibio récent : Maladie cardiaque, pulmonaire ou rénale, diabète, alcoolisme, néoplasie, immunosuppression, asplénie fonctionnelle ou anatomique, antibiotique reçu dans les 3 derniers mois	<ul style="list-style-type: none"> <li>Amoxicilline 1 g PO TID  <u>OU</u> céfuroxime** 500 mg PO BID  <u>OU</u> cefprozil 500 mg PO BID  <u>OU</u> amoxicilline-clavulanate 875 mg PO BID <a href="#">f, g</a>  <b>ET</b></li> <li>Doxycycline 100 mg PO BID <u>OU</u>, en alternative, clarithromycine <u>OU</u> azithromycine <a href="#">h</a> (posologies ci-dessus)</li> <li><u>ALTERNATIVE</u> : lévofoxacine (Levaquin<sup>MD</sup>) 750 mg PO die</li> </ul>	5-7 jours 
Hospitalisation → infection non sévère	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ceftriaxone (Rocephin<sup>MD</sup>) 1-2 g IV die  <b>ET</b></li> <li>Doxycycline 100 mg PO BID <a href="#">i</a></li> <li><u>ALTERNATIVE</u> : lévofoxacine <a href="#">j, k</a> 750 mg PO/IV die</li> </ul>	≥ 5 jours <a href="#">c</a> 
Hospitalisation → infection sévère/soins intensifs <a href="#">l</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ceftriaxone 2 g IV die  <b>ET</b></li> <li>Azithromycine 500 mg IV/PO die  <u>OU</u> lévofoxacine <a href="#">j, k</a> 750 mg IV/PO die  ± Vancomycine IV <a href="#">m</a></li> </ul>	≥ 5 jours <a href="#">c</a>

\* Ajuster les posologies selon la fonction rénale.

\*\* Céfuroxime oral (Ceftin<sup>MD</sup>) non disponible en milieux hospitaliers.

- Chez les enfants de 6 mois à 5 ans avec pneumonie bactérienne suspectée l'utilisation d'amoxicilline seule en première ligne est adéquate puisque la plupart des pneumonies dans ce groupe d'âge sont causées par des bactéries sensibles à l'amoxicilline (surtout du pneumocoque). S'il y a absence d'amélioration après 48 à 72 heures de traitement l'ajout ou la substitution pour un macrolide est à considérer.
- Pour le relais oral, une des combinaisons pour le traitement en externe des patients avec comorbidité est recommandée (ex. : amoxicilline ET doxycycline) si le patient recevait une combinaison de ceftriaxone avec [doxycycline ou un macrolide], et la lévofoxacine orale est recommandée si le patient recevait de la lévofoxacine intraveineuse (mais voir [commentaire k](#)).
- La durée minimale de traitement recommandée pour la pneumonie est de 5 jours. Le traitement antibiotique peut être cessé après 5 jours si les conditions suivantes sont respectées :
  - afébrile depuis 48 à 72 heures;
  - aucun besoin supplémentaire en oxygène;
  - normalisation des signes vitaux (ou retour à l'état de base).
- Une pneumonie documentée à *Staphylococcus aureus* nécessite au moins 7 à 14 jours de traitement et parfois plus si des abcès pulmonaires sont présents.

- e. Si un macrolide est utilisé, la clarithromycine (Biaxin<sup>MD</sup>) devrait être privilégiée plutôt que l'azithromycine (Zithromax<sup>MD</sup>), car cette dernière semble augmenter le risque de développement de résistance.
- f. La combinaison amoxicilline-clavulanate est à privilégier en présence de facteurs de risque prédisposant de façon significative à une infection à bactérie Gram négatif : alcoolisme, hospitalisation récente ou prédominance de bactéries Gram négatif à l'examen direct d'un spécimen respiratoire.
- g. Bien que le rôle des anaérobies soit controversé dans la pneumonie associée à une macro-aspiration, il est recommandé d'utiliser soit la combinaison amoxicilline-clavulanate, soit la clindamycine, ou encore la combinaison [lévofloxacine ET métronidazole (Flagyl<sup>MD</sup>)] lorsqu'une pneumonie survient suite à une macro-aspiration objectivée ou fortement suspectée et qu'un traitement est requis. La macro-aspiration génère souvent une réaction inflammatoire chimique auto-résolutive après 24 à 48 heures. En cas de macro-aspiration objectivée, il est donc suggéré, selon l'état clinique, d'observer pendant 24 à 48 heures sans antibiotiques. Si une antibiothérapie est débutée initialement en raison de la présentation clinique sévère, elle peut être cessée s'il y a amélioration clinique rapide et qu'aucune infiltration pulmonaire ne se développe après 48 à 72 heures, ou que toutes les infiltrations initiales disparaissent rapidement.
- h. En raison de sa longue demi-vie, l'azithromycine peut être cessée après 5 jours même si le traitement se prolonge au-delà de 5 jours, sauf s'il s'agit d'une infection documentée ou fortement suspectée à *Legionella* pour laquelle un traitement de 7 à 21 jours est recommandé en fonction de la situation clinique.
- i. La doxycycline peut être omise ou cessée s'il n'y a aucune évidence clinique ou paraclinique de pneumonie à germes intracellulaires tels que *Legionella* sp, *Mycoplasma pneumoniae* ou *Chlamydophila* sp.
- j. La seule quinolone recommandée dans le tableau 12 est la lévofloxacine, car selon certaines sources la moxifloxacine pourrait comporter plus de risques potentiels pour certains effets secondaires dont l'infection à *Clostridium difficile*, et elle a une activité contre les anaérobies qui est inutile pour la majorité des pneumonies.
- k. Administration de la lévofloxacine IV au lieu de PO est justifiée seulement si *nil per os* strict, incapacité à prendre des comprimés ou si problème de malabsorption significative (ex. : syndrome d'intestin court).
- l. Les patients à risque d'infection par du *Pseudomonas aeruginosa* ou autres germes résistants, comme les porteurs de bronchiectasies, les patients atteints de MPOC et recevant fréquemment des antibiotiques ou nécessitant des corticostéroïdes, ou les patients avec colonisation documentée, devraient recevoir une antibiothérapie pour pneumonie nosocomiale avec facteurs de risque de résistance (voir [tableau 13](#)).
- m. L'ajout de vancomycine IV (ou de linézolide en alternative) en attendant le résultat des cultures est recommandé si une pneumonie à SARM est suspectée.

**Tableau 13.** Traitement empirique de la pneumonie nosocomiale selon la situation clinique chez l'adulte

SITUATION CLINIQUE	OPTIONS THÉRAPEUTIQUES*	DURÉE <sup>a</sup>
Aucun facteur de risque de résistance	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ceftriaxone 2 g IV die</li> <li>• <u>ALTERNATIVES</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Lévofloxacine 750 mg PO/IV die <sup>b</sup></li> <li>♦ Ertapénem 1 g IV die</li> </ul> </li> </ul>	7-8 jours
Facteurs de risque de résistance : → antibiotique reçu dans les 3 derniers mois, hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pipéracilline-tazobactam 4.5 g IV q 6 h <sup>c</sup></li> <li>• <u>OU</u> méropénem 1 g IV q 8 h <sup>c</sup> ,</li> <li>• <u>±</u> tobramycine 7 mg/kg IV die selon sévérité/cultures récentes <u>OU</u>, <u>en alternative</u>, lévofloxacine 750 mg PO/IV die <sup>b</sup></li> </ul>	7-8 jours

<p>depuis 5 jours ou plus, immunosuppression, bronchiectasies/fibrose kystique, présence fréquente de germes résistants sur l'unité</p>	<p><b>ALTERNATIVES :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lévofoxacine 750 mg PO/IV die <b>b</b></li> </ul> <p><b>ET</b></p> <p>tobramycine 7 mg/kg IV <b>OU, en alternative,</b> ceftazidime (Fortaz<sup>MD</sup>) 2 g IV q 8 h</p> <p><b>Si SARM suspecté, ajouter :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vancomycine 25-30 mg/kg x 1 puis 15-20 mg/kg IV q 12h <b>OU</b> en alternative linézolide 600 mg PO/IV BID</li> </ul>	<p>7-8 jours</p>
---	---	------------------

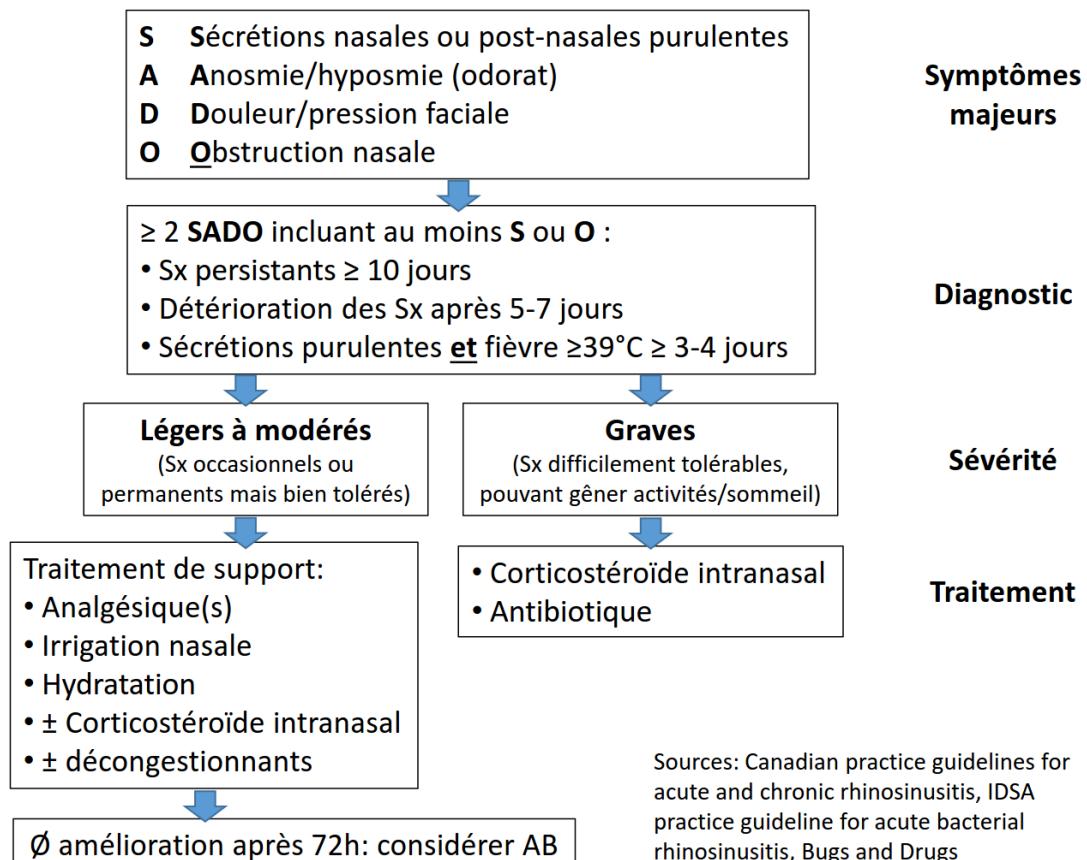
\* Ajuster les posologies selon la fonction rénale.

- a. Un traitement d'au moins 14 jours est recommandé pour les infections documentées à bacilles Gram négatif non fermentaires (ex. : *Pseudomonas*, *Acinetobacter*, *Stenotrophomonas*) ou à SARM.
  - b. Administration de la lévofoxacine IV au lieu de PO seulement si nil per os strict, incapacité à prendre des comprimés ou si problème de malabsorption significative (ex. : syndrome d'intestin court).
  - c. Si suspicion d'infection à *Legionella*, ajouter lévofoxacine ou azithromycine.
  - d. Une pneumonie documentée à *Staphylococcus aureus* nécessite au moins 7 à 14 jours de traitement et parfois plus si des abcès pulmonaires sont présents.

## Quelques notions importantes concernant la sinusite

- Des sécrétions nasales purulentes indiquent la présence de neutrophiles, pas nécessairement la présence de bactéries;
  - Seulement 0.5 % à 2 % des sinusites virales évoluent vers des sinusites bactériennes aigües;
  - Environ 70 % des sinusites bactériennes aigües sont auto-résolutives;
  - Ces chiffres signifient que, sur 1000 épisodes de rhinosinusite virale (rhume), seulement environ 6 nécessiteront une antibiothérapie pour le traitement d'une rhinosinusite bactérienne aigüe.

## Diagnostic et prise en charge de la rhinosinusite bactérienne aiguë



**Tableau 14.** Traitement de la **sinusite bactérienne** non compliquée selon la situation clinique chez l'adulte

SITUATION CLINIQUE	OPTIONS THÉRAPEUTIQUES*	DURÉE
Aucun facteur de risque de résistance ou de complication	<ul style="list-style-type: none"> <li>Amoxicilline 1 g PO TID</li> </ul> <p>Alternatives en cas d'allergie** :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Céfuroxime*** ou cefprozil 500 mg PO BID</li> <li>Clarithromycine 500 mg PO BID (ou 1 g XL die)</li> <li>Azithromycine 500 mg PO x 1 puis 250 mg PO die</li> <li>TMP-SMX DS PO BID</li> </ul>	5-7 jours
Facteurs de risque de résistance ou de complication : → antibiotique reçu dans les 3 derniers mois, échec à un traitement de 1 <sup>ère</sup> ligne après 3-4 jours, immunosuppression, suspicion de sinusite frontale ou sphénoïdale	<ul style="list-style-type: none"> <li>Amoxicilline-clavulanate 875 mg PO BID</li> </ul>	5-7 jours
	<ul style="list-style-type: none"> <li><u>ALTERNATIVE</u> : lévofloxacine 750 mg PO die‡</li> </ul>	5 jours

\* Ajuster les posologies selon la fonction rénale.

\*\* En cas d'allergie sévère à la pénicilline (ou ampicilline/amoxicilline), comme une hypersensibilité de type 1

(ex. : angio-œdème, urticaire ou anaphylaxie), les céphalosporines ne sont pas recommandées, à moins de procéder à une désensibilisation ou un test à doses progressives (voir [algorithme](#) plus loin).

\*\*\* Céfuroxime oral (Ceftin<sup>MD</sup>) non disponible en milieux hospitaliers.

‡ La lévofloxacine est à privilégier plutôt que la moxifloxacine (voir [section sur le pneumocoque](#) ou [tableau 12](#)).

## Quelques notions importantes concernant la bronchite aiguë

- La majorité des bronchites aiguës sont virales (ceci inclut l'influenza en période endémique, qu'il faut rechercher et traiter chez les personnes à risque de complications);
- Les antibiotiques ne sont pas indiqués dans la bronchite aiguë de l'adulte en l'absence de MPOC, à moins de faire face à une situation très particulière (ex. : forte suspicion clinique de coqueluche);
- La durée moyenne des symptômes (principalement la toux) d'une bronchite virale aiguë est de 24 jours;
- Des sécrétions respiratoires purulentes indiquent la présence de neutrophiles, pas nécessairement la présence de bactéries.
- Le traitement consiste en l'hydratation, l'humidité, l'arrêt tabagique le cas échéant, l'utilisation prudente d'un antitussif au besoin et l'utilisation d'un bronchodilatateur en présence d'hyperréactivité bronchique. Il n'existe aucune preuve que les corticostéroïdes inhalés soient d'une quelconque utilité dans le traitement de la bronchite aiguë.

**Tableau 15.** Traitement de l'**exacerbation aiguë de la MPOC** (EAMPOC) selon la situation clinique chez l'adulte†

SITUATION CLINIQUE	OPTIONS THÉRAPEUTIQUES*	DURÉE
Aucun facteur de risque de résistance ou de complication	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amoxicilline 1 g PO TID</li> <li>• Céfuroxime*** ou cefprozil 500 mg PO BID</li> <li>• Clarithromycine 500 mg PO BID (ou 1 g XL die)</li> <li>• TMP-SMX DS PO BID</li> <li>• Doxycycline 100 mg PO BID</li> <li>• Azithromycine 500 mg PO x 1 puis 250 mg PO die</li> </ul>	5-7 jours
Facteurs de risque de résistance ou de complication : → VEMS < 50% de la valeur prédictive, ≥4 EAMPOC/année, maladie cardiaque ischémique, oxygénothérapie, corticothérapie orale chronique, utilisation d'antibiotiques au cours des 3 derniers mois**	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lévofloxacine 750 mg PO die‡</li> <li>• Amoxicilline-clavulanate 875 mg PO BID</li> </ul>	5 jours 5-7 jours

MPOC, maladie pulmonaire obstructive chronique

† L'EAMPOC est définie de façon peu spécifique par la présence d'au moins 2 des critères suivants : augmentation de la toux et des expectorations, de la purulence des expectorations ou de la dyspnée. Une EAMPOC fébrile laisse plutôt suspecter une infection virale ou une pneumonie (voir [tableau 12](#)).

\* Ajuster les posologies selon la fonction rénale.

\*\* Dans ce cas on peut aussi utiliser une classe différente d'antibiotiques dans les options de 1<sup>ère</sup> ligne.

\*\*\* Céfuroxime oral (Ceftin<sup>MD</sup>) non disponible en milieux hospitaliers.

‡ La lévofloxacine est à privilégier plutôt que la moxifloxacine (voir [section sur le pneumocoque](#) ou [tableau 12](#)).