

Pneumonies communautaires

Prof. Virginie Prendki, Maladies infectieuses, Médecine interne de l'âge

L'[article du jour](#) se demande s'il faut couvrir les anaérobies par des antibiotiques lors de pneumonies communautaires d'aspiration.

Contexte

L'aspiration est un phénomène fréquent ne menant pas toujours à une pneumonie. 5-10% des pneumonies communautaires (CAP) seraient associées à une aspiration, chiffre qui augmente avec l'âge et la fragilité.

- Pneumonie chimique: réaction inflammatoire due à l'aspiration de liquide gastrique (Anciennement syndrome de Mendelson)
- Pneumonie d'aspiration: infection causée par des microorganismes suite à une inhalation

Le diagnostic de la pneumonie d'aspiration est difficile car se fait par témoignage de l'aspiration ou par la présence de facteurs de risque (troubles de la déglutition, de la conscience, reflux gastrique dans les poumons, réflexe de toux aboli ou diminué)

Données microbiologiques

La plupart des études ont lieu aux soins intensifs car l'environnement les facilite.

[Une revue de littérature](#) (2015) rassemble les données: dans les années 70, la proportion de germes anaérobies pour cette infection est de 45%, mais chute ensuite drastiquement (20% en 2003), avec une transition vers les entérobactéries (*klebsiella pneumoniae*, *E.Coli*)

Une étude de cohorte britannique (2013), incluant des milliers de patients avec un CAP, compare les patients avec et sans risque d'aspiration, et trouve que les agents pathogènes identifiés sont similaires dans les deux groupes. (*S.pneumoniae*, *H.influenzae*, *S.aureus*, Gram-,...)

Recommandations ATS/IDSA pour la CAP (2019)

Question 10: faut-il une couverture anti-anaérobie étendue systématique dans la CAP hospitalisée avec suspicion d'aspiration?

Réponse: non, à moins d'un empyème ou abcès pulmonaire.

Une [étude multicentrique](#) de 2021, avec plusieurs milliers de patients répartis en 3 groupes: CAP sans facteurs de risque d'aspiration, CAP + facteurs de risque, CAP + aspiration. Elle montre que la flore est comparable dans ces trois groupes. Les patients CAP + aspiration ont plus de bacilles Gram (-). Ils concluent en accord avec ATS/IDSA.

A ce jour, aucun essai clinique randomisé ne compare un traitement avec et sans couverture systématique des anaérobies.

C'est dans ce contexte que s'inscrit l'étude du jour, qui se demande si une couverture systématique par anti anaérobies est bénéfique dans la CAP avec suspicion d'aspiration.

→ Co-amox // cephalosporine de 3ème gen // levofloxacine + métronidazole ou clindamycine

Contexte: effets secondaires des antibiotiques → infections à *C.difficile*, bactéries résistantes..

Méthodes

C'est une étude rétrospective multicentrique (18 hôpitaux) au Canada (2015-2022), avec:

- inclusion: suspicion de CAP + pneumonie d'aspiration + antibiotiques IV (// recomm.)
- Groupe LAC: couverture anaérobie limitée → ceftriaxone, cefotaxime, levofloxacine
- Groupe EAC: " " étendue → co-amox, moxifloxacine, ou LAC + métronidazole ou clindamycine.
- Issue primaire: mortalité intra-hospitalière toutes causes confondues
- Issue secondaire: infection à *C.difficile* après admission
- Statistiques: score de propension pour équilibrer les 2 groupes

Résultats

10'000 patients filtrés, 6'000 non éligibles, 4'000 inclus.

Groupe LAC: 2'683 patients, 30,3% de mortalité, < 0,2% d'infections à *C.difficile*

Groupe EAC: 1316 patients, 32,1% de mortalité, 0.8-1.1% d'infections à *C.difficile*

Caractéristiques de la population

Après utilisation du score de propension, les deux groupes sont très similaires.

Âge moyen élevé (~80 ans), majorité d'hommes, 22% de patients en établissement de soins chroniques.

La différence de risque ajustée entre les deux groupes est de 1,6% pour le décès et de 1% pour l'infection à *C.difficile*, en faveur du groupe LAC.

Conclusion des auteurs

- Une couverture extensive des germes anaérobies n'est pas nécessaire car sans bénéfice sur la mortalité mais comporte un risque augmenté de colite à *C.difficile*.
- En accord avec les recommandations ATS et IDSA 2019 (CAP + P. d'aspiration)
 - ceftriaxone ou levofloxacine
 - sans ajouter d'autre antibiotique à visée anti-anaérobie

Forces

- Grand échantillon, multicentrique: ++ généralisable
- Qualité des données, notamment sur les traitements.
- Score de propension: mime une randomisation

Limitations

- Rétrospective et observationnelle
- Utilise un score incluant les pneumonies chimiques (CD-10-CA)
- Issue primaire de mortalité intra-hospitalière: décès pour pneumonie peuvent aller jusqu'à +3 mois.
- Colite à *C.difficile* diagnostiquée uniquement à l'hôpital → peut survenir jusqu'à 2 mois après les antibiotiques.
- Bactériologie: agent non identifié mais correspond à la "vraie vie". → Etude hors de SI. Les anaérobies poussent mal.

Il manque toujours un essai clinique randomisé comparant un traitement sans et avec couverture systématique des anaérobies.

En pratique aux HUG, le traitement des pneumonie d'aspiration communautaire:

- Pas de traitement systématique des aspiration par antibiotiques
- Antibiotiques uniquement si suspicion d'infection 24-48h après l'événement, pendant 5-7 jours.
- Co-amox (OU clinda) OU ceftriaxone (+ métronidazole slmt en cas d'empyème ou d'abcès)

Q: ceftriaxone plutôt que co-amoxc'est pas top pour la flore fécale car excrétion par les voies biliaires.... Cefotaxim lui passe par voie rénale, mais n'est pas disponible en Suisse (Fr,Ca...)



Compte-rendu de Valentine Borcic
valentine.borcic@gmail.com
Transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch