

INFECTIO'NEWS

GROUPE AHNAC

Pneumonies aiguës communautaires : vers une antibiothérapie plus ciblée, plus courte, mieux justifiée.

Les pneumonies aiguës communautaires demeurent un défi quotidien, en particulier chez les patients âgés et porteurs de comorbidités. Les recommandations actualisées en 2025 viennent éclairer nos décisions : durée raccourcie d'antibiothérapie, rôle clé de l'amoxicilline-acide clavulanique, importance de la réévaluation à 72h... Ce numéro d'Infectio News revient sur ces évolutions à travers un cas concret, avec l'objectif de partager des repères pratiques, à adapter comme toujours au jugement clinique de chacun.

Bonne lecture à toutes et tous,

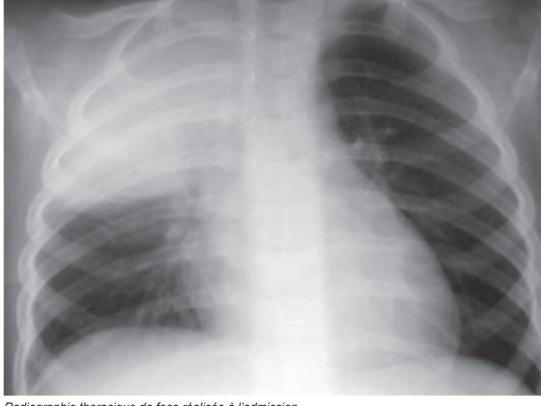
Docteurs CARDOT, KOZIMOR et MELLIEZ

Pneumonies aiguës communautaires de l'adulte : quelle prise en soins en 2025 ?



Un homme de 69 ans se présente aux Urgences le 12 mars pour une toux fébrile. Il présente des antécédents de diabète de type 2 et une BPCO avec dyspnée d'effort. Tabagisme non sevré. Pas d'exogénose. Poids 86 kg, IMC 33 kg/m². Pas d'allergie connue. Cet ancien agriculteur vit seul et n'a plus de médecin traitant. Pas de voyage récent.

La symptomatologie a débuté il y a 48 heures par une fièvre et des crachats purulents. Pas d'altération de la vigilance, température 38,7, tension artérielle 12/7, 104 pulsations, saturation 91 % en air ambiant, fréquence respiratoire 24. L'auscultation trouve des râles crépitants à droite. On note plusieurs dents à l'état de racine. Il existe une polynucléose neutrophile, pas d'altération de la fonction rénale. Aux gaz du sang en air ambiant : pH 7,45, PaO₂ 59 mmHg, pCO₂ 41 mmHg. Bicarbonates 23 mmol/L. La radiographie objective un foyer alvéolaire systématisé du lobe supérieur droit (cf. Image ci-dessous).



Radiographie thoracique de face réalisée à l'admission

Quelle prise en soins proposez-vous ? Quelle durée d'antibiothérapie ? Quelles stratégies préventives ?

Il s'agit d'une pneumonie aiguë communautaire (PAC), 1^{ère} cause de décès d'origine infectieuse dans le monde. Son incidence et sa gravité augmentent avec l'âge mais surtout avec les comorbidités. **Les recommandations françaises ont été actualisées en 2025 par les sociétés savantes de pneumologie et d'infectiologie [1].**

Il n'existe pas de signes de gravité mais le patient devra être hospitalisé en raison de son isolement social. La recherche des virus Influenza A/B, VRS et SARS-CoV-2 par PCR sur prélèvement naso-pharyngé est recommandée. Une PCR *Mycoplasma pneumoniae* ne sera pas réalisée en 1^{ère} intention, le début brutal évoquant une infection à *Streptococcus pneumoniae*. Les antigénuries *Legionella pneumophila* et *Streptococcus pneumoniae* ne sont recommandées qu'en cas de forme grave ou de tableau évoquant une légionellose. Un ECBC pourra être réalisé chez ce patient hospitalisé qui présente des sécrétions muco-purulentes. Il sera utile en cas d'échec d'une 1^{ère} antibiothérapie. En l'absence de doute diagnostique et de signes de gravité, la réalisation d'hémocultures n'est peut-être pas indispensable. À l'heure actuelle, la place de la PCR syndromique panel respiratoire « bas » (sur prélèvement respiratoire profond ou à défaut sur crachat) est encore limitée : formes graves en cas d'antibiothérapie autre que C3G + macrolides. Cette technique est certainement amenée à prendre plus de place dans le futur mais il restera toujours difficile de différencier une infection d'une simple colonisation.

Les recommandations 2025 place l'échographie pleuropulmonaire au même niveau que la radiographie de thorax, sa sensibilité et sa spécificité sont mêmes supérieures. Cependant, même si elle apporte des informations intéressantes, elle demande une formation bien spécifique et un accès facile. La radiographie de thorax restera donc probablement le Gold Standard encore quelque temps. Le scanner thoracique n'est pas indispensable ici. Il est pertinent en cas de doute diagnostique. Il permet aussi d'orienter vers telle ou telle étiologie infectieuse.

L'antibiothérapie probabiliste doit être précoce. L'AMOXICILLINE reste active contre l'ennemi public n°1 : le pneumocoque. Dans les recommandations 2025, l'âge sans comorbidité n'est plus un critère à prendre en compte. Une seule comorbidité (cf.) ou une surinfection bactérienne d'une infection virale doivent faire modifier ce choix pour AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE, comme ici chez ce patient, la dyspnée d'effort devant faire craindre une BPCO sévère. Les C3G parentérales n'ont pas montré de supériorité dans les PAC non graves [2]. Le choix d'un macrolide en 1^{ère} ligne est réservé au tableau évocateur d'infection à bactérie atypique. L'impact écologique des quinolones doit faire limiter leur usage aux formes graves avec situation d'allergie grave aux bêta-lactamines. En cas de signes de gravité, on prescrira une bithérapie et une corticothérapie systémique par hémisuccinate d'hydrocortisone qui réduit le risque de décès par 2 en diminuant la réponse excessive de l'hôte [3]. Une kinésithérapie respiratoire est indispensable.

Quelle durée d'antibiothérapie ? Trois méta-analyses ont comparé l'efficacité de traitements antibiotiques > 7 jours à des traitements courts (3-7 jours) sans trouver aucune différence [4-6]. Deux essais randomisés en double aveugle ont évalué un traitement de 3 jours vs 8 jours par bêta-lactamines également sans montrer de différence [7-8]. Dans le 1^{er} essai, il s'agissait d'une population de 55 ans d'âge moyen peu comorbide [7]. Le second a été réalisé chez des patients plus âgés (âge moyen 73 ans), avec comorbidités, population qui correspond probablement plus aux personnes que nous prenons en soins.

Une réévaluation est indispensable à 72 heures, basée sur des critères dits de « stabilité » : température ≤ 37,8, pression artérielle systolique ≥ 90, fréquence cardiaque ≤ 100, fréquence respiratoire ≤ 24 et SpO₂ ≥ 90 % ou PaO₂ ≥ 60 mmHg en air ambiant. On soulignera qu'aucun critère biologique n'y figure. Si ces critères sont tous présents à 72 heures, les recommandations incitent à stopper l'antibiothérapie après 3 jours pleins de traitement. Cela ne concerne donc que les patients sans signes de gravité initialement et dont l'amélioration est rapide. Ces critères peuvent paraître un peu rigides et on ne peut évidemment pas se passer d'une évaluation plus globale avant d'arrêter l'antibiothérapie. En cas d'échec, un scanner thoracique sera réalisé pour rechercher une complication : pleurésie, empyème ou abcès. On vérifiera l'absence de résistance à l'ECBC s'il avait été prélevé. En dehors de ces situations, un relais par macrolide (et non un ajout) est discuté en cas d'échec. En cas d'amélioration clinique sans stabilisation, une réévaluation est faite à J5 : si les critères sont alors remplis, un arrêt de l'antibiothérapie peut être envisagé. Toute antibiothérapie ≥ 7 jours doit être argumentée : présence d'une complication ?

La stratégie préventive repose sur l'arrêt du tabac avec l'aide d'un addictologue. Un suivi pneumologique est recommandé. Un scanner thoracique sera réalisé 2 mois plus tard pour le dépistage d'un cancer broncho-pulmonaire chez ce patient fumeur de plus de 50 ans. Le statut vaccinal doit être évalué pour la grippe, SARS-Cov2, VRS et pneumocoque. D'autres mesures préventives doivent être envisagées : traitement des foyers dentaires, consultation diététicienne dans ce contexte d'obésité et équilibre du diabète.

En conclusion, le diagnostic de PAC est clinique et radiologique. L'antibiothérapie doit être précoce et peut être raccourcie sous certaines conditions. Ces durées plus courtes sont susceptibles de diminuer la consommation d'antibiotiques, les résistances, les effets secondaires et les coûts.

Comorbidités à considérer dans le choix d'une antibiothérapie probabiliste pour une PAC.

Hospitalisation dans les 3 mois précédents
Antibiothérapie dans le mois précédent*
Éthylisme chronique
Troubles de la déglutition
Maladie neurologique avec risque de chutes**
Néoplasie active
Immunodépression***
BPCO sévère (VEMS < 50 % de la théorique) ou insuffisance respiratoire chronique (OLD**** ou VNI)
Insuffisance cardiaque congestive
Insuffisance hépatique
Insuffisance rénale chronique (DFG < 30 ml/min)

* sauf nitrofurantoïne, fosfomycine orale, pivmécillinam ; **AVC, Parkinson, Démence, SEP... ; ***corticostéroïdes systémiques ≥ 10 mg/j, autres traitements immunosuppresseurs, spléniectomie, agranulocytose, infection par le VIH avec une numération lymphocytaire T CD4 < 200/mm³, déficit immunitaire primitif... ; ****Oxygénothérapie Longue Durée

Références.

- Dinh et al. Actualisation de la prise en charge des pneumonies aiguës communautaires de l'adulte. Infectious diseases now 55 (2025) 105034
- Batard et al. Are third-generation cephalosporins associated with a better prognosis than amoxicillin-clavulanate in patients hospitalized in the medical ward for community-onset pneumonia? Clin Microbiol Infect 2018;24:1171-6.
- Dequin et al. Hydrocortisone in Severe Community-Acquired Pneumonia. N Engl J Med 2023;388:1931-41.
- Li et al. Efficacy of short-course antibiotic regimens for community-acquired pneumonia: a meta-analysis. Am J Med 2007;120:783-90.
- Tansari et al. Systematic Review and Meta-analysis of the Efficacy of Short Course Antibiotic Treatments for Community-Acquired Pneumonia in Adults. Antimicrob Agents Chemother 2018;62:e00635-718.
- Dimopoulos et al. Short- versus Long-Course Antibacterial Therapy for Community-Acquired Pneumonia. Drugs 2008;68:1841-54.
- El Moussaoui et al. Effectiveness of discontinuing antibiotic treatment after three days versus eight days in mild to moderate-severe community acquired pneumonia: randomised, double blind study. BMJ 2006 Jun 10;332(7554):1355.
- Dinh et al. Discontinuing beta-lactam treatment after 3 days for patients with community-acquired pneumonia in non-critical care wards (PTC): a double-blind, randomised, placebo-controlled, non-inferiority trial. Lancet 2021;397:1195-203.



Chaque jour, prendre soin de la santé de chacun