



Antibiothérapie des Infections des Voies Respiratoires Basses

**Service de Médecine Interne
Clinique Mutualiste
Dr Anne Peterschmitt-Tonetti**

FMC Juin 2007

Position du problème

- IRB : fréquence ++++
- 4 à 5% des consultations de Médecine Générale
- Prise en charge dans plus de 95% des cas par les MG
- 75% d'origine virale
- 97% sont traitées par antibiotiques



D'où justification des campagnes d'information du public et des médecins pour modification prescriptions

Position du problème

France : surconsommation d 'antibiotiques+++

Evolution en // des résistances bactériennes

Nécessité usage raisonné des antibiotiques

Objectif des recommandations ANAES :

limiter l 'antibiothérapie aux situations cliniques

où son efficacité a été démontrée...

Position du problème

Etude sur 1737 prescriptions en 1998 :

- Rhinopharyngites : 43,5 % d'antibiothérapie
- Bronchites aiguës : 80 % d'antibiothérapie
- Angines : 92 % d'antibiothérapie

Au total : 36% des antibiotiques seraient prescrits pour des pathologies virales...

Références utilisées

15ème Conférence de consensus en thérapeutique anti-infectieuse :

**Prise en charge des Infections des voies respiratoires
basses de l'adulte immuno-compétent**

Mars 2006

Organisateur : Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française

Participants : Association Pédagogique Nationale pour l'Enseignement de la thérapeutique
Association de Perfectionnement des Pneumologues Libéraux
Collège des Universitaires de maladies infectieuses et tropicales
Société Française de microbiologie
Société Francophone de Médecine d'Urgence
Société Nationale de Médecine Interne
Société de Pneumologie de Langue Française
Société de Réanimation de Langue française

Infections respiratoires basses

- Bronchite aiguë
- Exacerbation aigue de BC (EABPCO)
- Pneumopathie communautaire (PAC)

Sémiologie pas toujours discriminative

Gravité variable ++

(mortalité jusqu'à 15% dans les PAC)

Bronchite Aigue adulte sain

Fréquence +++ : 10 millions/an
80 % reçoivent des antibiotiques...

Origine virale > 70% des cas
Purulence \neq infection bactérienne

Règle d'or :

Jamais d'antibiotique en première intention

Bronchite Aigüe

Diagnostic : clinique

Toux sèche puis productive

Douleurs rétro sternales

$T^{\circ} < 39^{\circ}$

Amélioration spontanée à J3

Guérison vers J10

Possibilité toux persistante : HRB / Coqueluche

Surinfection bactérienne : si T° à J4 et expectoration purulente

Macrolides/Cyclines si prescription

Pneumopathies communautaires

4 grandes étapes :

diagnostic positif

décision ttt ambulatoire / hospitalisation

choix antibiothérapie

réévaluation à J2 ou 3

Hospitalisation ?

Signes de gravité immédiats

Situations particulières

Facteurs de risque de mortalité / Age > 65 ans

Diagnostic positif

Fqce: 500 000 /an en France –soit 5% des IRB
aigües

Diagnostic difficile : signes cliniques rarement au
complet

Bonne valeur prédictive positive des crépitants
unilatéraux+++

Diagnostic positif

Rx pulm : indispensable dès que suspicion clinique

Parfois normale si précoce

Difficulté d'interprétation et parfois de réalisation chez les sujets âgés

Cliché de profil : intérêt ++ pour foyer rétro-cardiaque

Biologie : unigt si doute diagnostic

Evaluation Initiale

Gravité = signes cliniques + comorbidité

Atteinte des fonctions supérieures

PA systolique < 9

Pouls > 125

Fréquence respi > 30

Température $< 35^{\circ}$ ou $> 40^{\circ}$

Néoplasie associée, âge,
institutionalisation, insuffisance
cardiaque, hépatique, ou renale

Evaluation Initiale

Etablissements de nbx scores de gravité

Le plus connu = score de **Fine** (PSI) : complexe

Le plus utilisable = **CRB 65**

4 items : **C** mental Confusion

R Respiratory rate $> 30 / \text{mn}$

B Blood pressure Pas < 9 ou Pad < 6

65 Age > 65 ans

Si score = 0 : traitement ambulatoire possible

Si score ≥ 1 : hospitalisation !

Tout savoir sur le score de Fine (PSI)...

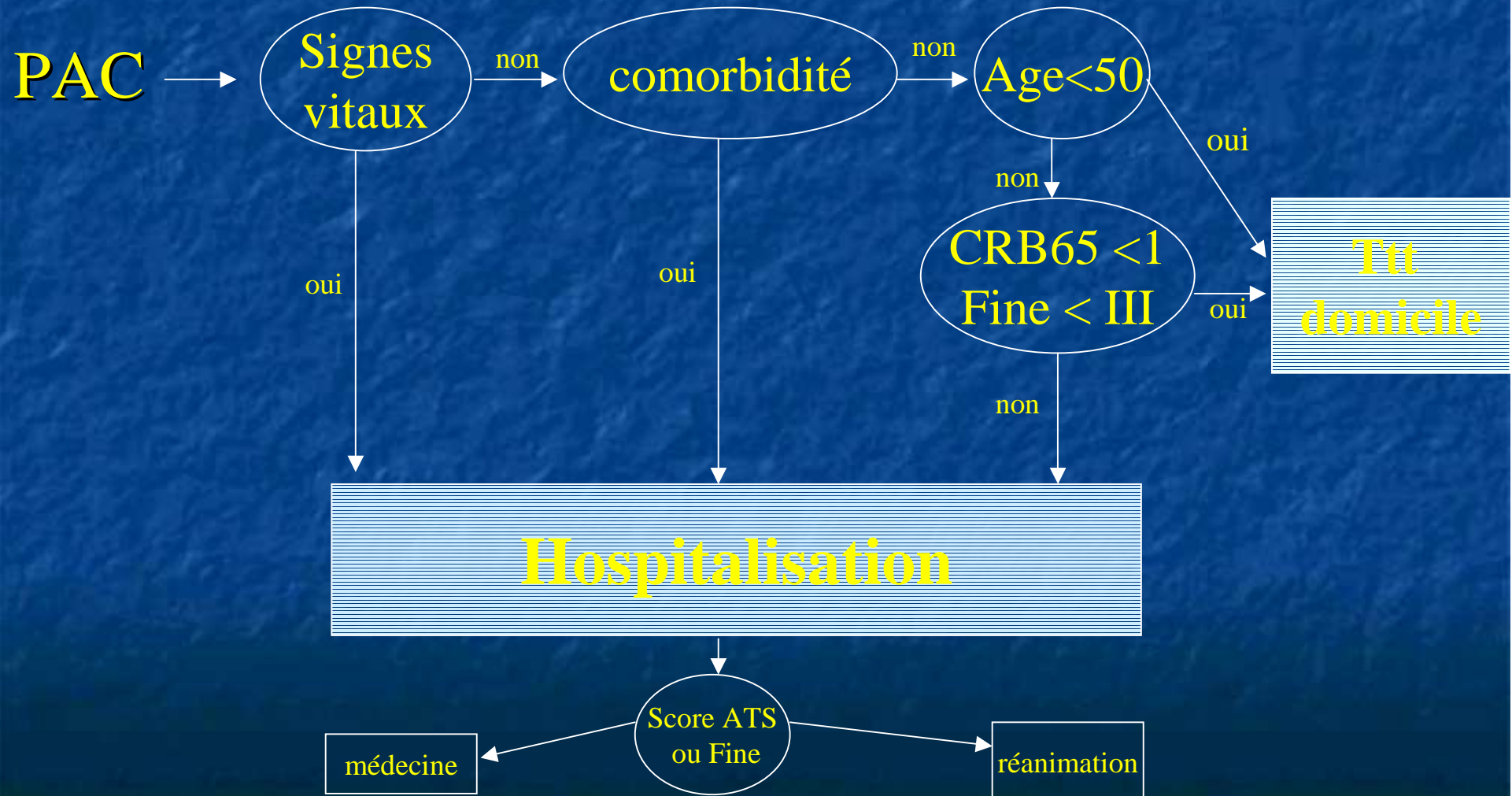
Age ♂	Age en année
♀	Age en année -10
Vie en institution	+10
Néoplasie	+10
Maladie hépatique	+20
Ins cardiaque	+10
Maladie cérébro vasc	+10
Maladie renale	+10
Confusion	+20
Fréquence respi > 30/mn	+20
Pas < 9	+20
T° < 36° ou >40°	+15
Pouls > 125 / mn	+10
pH < 7,35	+10
Urée > 11	+20
Na <130	+20
Hématocrite < 30%	+10
Pa O2 < 60 mmHg	+10
Ept pleural	+10

classe	points	mortalité
I	< 50	< 0,1%
II	51 - 70	0,6 - 0,7 %
III	71 - 90	0,9 - 2,8 %
IV	91 - 130	8,2 - 9,3 %
V	> 131	27 - 31 %

« ...l'appréciation clinique du médecin prime sur le score PSI si nécessaire. »

« ...deux limitations importantes des systèmes de score sont le poids relatif attribué à l'âge, et la perception d'une difficulté d'utilisation en pratique quotidienne. »

Evaluation Initiale



Diagnostic Microbiologique Initial

ECBC, Hémocultures , Antigénurie Pneumocoque et Legionelle

Non indiqués chez patients non-hospitalisés

A faire uniq si échec clinique à J3 du Ttt

ECBC et Hémoc indiqués pour patient hospitalisés hors réanimation (\pm AgU Légionelle)

Tous ces examens sont indiqué pour les patients hospitalisés en réanimation (\pm fibro/LBA)



ERROR: ioerror
OFFENDING COMMAND: image
STACK: