



NOUVELLES RECOS PAC* de l'adulte

PAC = Pneumopathies aiguës communautaires



Diagnostic = clinique associant :

- Signes respiratoires basse + fièvre
- Signes auscultatoires

NEW



Le dosage de la CRP et/ou PCT n'est pas recommandé pour le diagnostic et/ou le suivi des PAC.

Pas de bénéfice démontré pour le diagnostic, la gravité ou la guérison.

Quelle est la place de l'imagerie dans le diagnostic?



Radiographie de thorax (ou échographie pleuropulmonaire) **recommandée en 1^{ère} intention.**

Idéalement, elle doit être réalisée **dans les 72h** et **sans retarder le début des ATB.**

Objectif = confirmer le diagnostic radiologique et rechercher d'éventuelles complications (pleurésie...).

La TDM n'a de place que pour les formes hospitalisées uniquement en cas de doute diagnostique.

Une TDM low-dose à M2 est recommandée chez les ≥ 50 ans avec antécédent de tabagisme ≥ 20 PA.

Quels sont les pathogènes à cibler ?

Le **serial-killer** à ne pas loucher : le **pneumocoque**

- le plus fréquent
 - début brutal
 - responsable de décès précoces
- **Sensible à l'Amoxicilline !**



Un contexte particulier, la **PAC post-grippale** :

Pneumocoque (S Amox.),
Strepto. groupe A (S Amox.),
S. aureus (R Amox.)
et H. influenzae (R Amox.)
→ **privilégier Amox/ac. clav.**



Quand suspecter les atypiques (intracellulaires) ?

- contexte épidémique
- début progressif
- signes extra-respiratoires
- échec à 72h de bêta-lactamine



Quelle antibiothérapie pour les PAC non grave ?

En hospitalier
et ambulatoire



Comorbidités ?
Post grippal ?

NON

Amoxicilline
Alternative : Pristinamycine

OUI

Amox + ac. clav.
Alternative : C3G (IV, IM, SC)
Seulement si Allergie: Lévofoxacine

Contexte évocateurs bactéries
atypiques ou échec à 72h ?

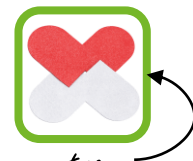
→ **Macrolides**
Alternative : Pristinamycine ou
Doxycycline

Comorbidités à considérer

- Hospitalisation < 3 mois
- ATB < 1 mois
- Cancer / immunodépression
- Ethylisme chronique
- Troubles déglutition
- Insuffisance cardiaque/hépatique
- BPCO sévère (VEMS < 50%)
- OLD ou VNI
- IRC (DFG < 30 mL/min)

NEW

L'âge sans comorbidité n'est plus à considérer dans le choix de l'antibiothérapie



Quelle durée ?

Une petite révolution : « **shorter is better** » !

NEW

Critères de stabilité :

- ✓ Température : $\leq 37,8$ °C
- ✓ FR ≤ 24 cpm
- ✓ SaO₂ $\geq 90\%$ en AA
- ✓ fc ≤ 100 bpm
- ✓ PAs ≥ 90 mmHg

- Si évolution clinique rapidement favorable : **3 jours**
- Sinon **5 jours ***

* max 7 jours si pas d'amélioration à J5
durées > 7 jours uniquement si pleurésie ou abcès

Fiche support posologies * la voie orale doit toujours être privilégiée

Amoxicilline	1 g x3/j
Amoxicilline/ac. clav.	1 g x3/j
Pristinamycine	1 g x3/j
Céfotaxime *	1 g x3/j (IV uniquement)
* <i>prescription hospitalière</i>	
Ceftriaxone	1 g/j (IV, IM, SC)

Azithromycine	500 mg/j (J1) puis 250 mg/j
Spiramycine	orale : 3 MUI x3/j IV : 1.5 MUI x3/j
Lévofloxacine	500 mg/j (fluoroquinolones = prise en dehors des repas, risque tendinopathie et à éviter si prise <3 mois)

* à adapter à la fonction rénale (GPR) et au poids (ABXBMI)

Prévention vaccinale respiratoire



→ Vaccin pneumocoque conjugué : PREVENAR 20® (VPC20) ou CAPVAXIVE® (VPC21)

NEW



Indications

- ≥ 65 ans
- diabète ou immunodépression
- insuffisance cardiaque ou respiratoire ou hépatique ou rénale chronique
- brèche ostéoméningée, implant cochléaire
- drépanocytose

Schéma



1 dose unique

si non vacciné

- si 1 seule dose de VPC 13 ou de VPP23 reçu
1 dose de VPC 20 ou 21 à >1 an précédente injection
- si schéma complet VPC13 + VPP23 reçu
1 dose de VPC 20 ou 21 à >5 ans précédente injection

→ Vaccin grippe annuel, nouvelles recommandations HAS 2025

NEW

Indication à un vaccin annuel **haute dose (EFLUELDA®)** ou **adjuvanté (FLUAD®)** chez les ≥ 65 ans.
Bénéfice démontré sur la diminution des hospitalisations et événements cardio-vasculaires.

→ **Vaccin COVID** : recommandée chaque année à l'automne pour les ≥ 65 ans et les personnes à risque de forme grave de Covid-19. Une dose supplémentaire recommandée au printemps chez les ≥ 80 ans et plus, les personnes immunodéprimées et les résidents en EHPAD et USLD, en respectant un délai d'au moins trois mois depuis la dernière dose de vaccin ou la dernière infection (HAS 2025).

→ **Vaccin VRS chez les > 75 ans ou > 65 ans avec pathologie respiratoire (HAS 2024)**

1 seule dose recommandée actuellement, en attente d'un accord pour le remboursement

Retrouvez le détail des recommandations sur :



HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ