

ACTUALISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PNEUMOPATHIES COMMUNAUTAIRES AIGÛES

**SUITE A LA CONFÉRENCE DE CONSENSUS DE LA
SPILF DE 2006**

RÉSULTATS D'UNE EPP AU CH DE ST-BRIEUC

Dr Anne-Laure MASSIP

Dr Caroline PETIT

Mardi 18 Mars 2008

NOUVELLE CONFÉRENCE DE CONSENSUS (15 Mars 2006)

- Utilise le score de FINE pour classer les patients de 5 groupes de gravité croissante
- Propose des recommandations en terme :
 - d'examens microbiologiques,
 - d'antibiothérapie initiale,
 - d'orientation

LE SCORE DE FINE (1)

La classe 1 correspond à l'adulte sain de moins de 50 ans, sans aucun signe de gravité, ni comorbidité (probabilité de mortalité inférieure à 0,1 %). Pas de prélèvement sanguin.

Facteurs démographiques	Points
Âge Hommes Femmes Vie en institution	= Âge en années = Âge-10 + 10
Comorbidités	
Maladie néoplasique	+ 30
Maladie hépatique	+ 20
Insuffisance cardiaque congestive	+ 10
Maladie cérébro-vasculaire	+ 10
Maladie rénale	+ 10
Données de l'examen physique	
Atteinte des fonctions supérieures	+ 20
Fréquence respiratoire > 30/min	+ 20
TA systolique < 90 mmHg	+ 20
T° < 36 °C ou > 40 °C	+ 15
Fréquence cardiaque ≥ 125/min	+ 10
Données radiologiques et biologiques	
pH artériel < 7,35	+ 30
Urée ≥ 11 mmol/l	+ 20
Na < 130 mmol/l	+ 20
Hématocrite < 30 %	+ 10
PaO ₂ < 60 mmHg	+ 10
Épanchement pleural	+ 10

LE SCORE DE FINE (2)

Classe	Points	Probabilité de Mortalité
II	≤ 70	0,6-0,7 %
III	71-90	0,9-2,8 %
IV	91-130	8,2-9,3 %
V	> 131	27-31 %

PATIENTS ET MÉTHODES

- 301 pneumopathies communautaires aiguës hospitalisées à Saint-Brieuc en 2006
- Action d'information auprès des médecins de l'hôpital portant sur la conférence de consensus de la SPILF du 15 mars 2006
- EPP de prise en charge des PAC avant et après
- Étude de la modification des pratiques réalisée par deux internes (thèse)

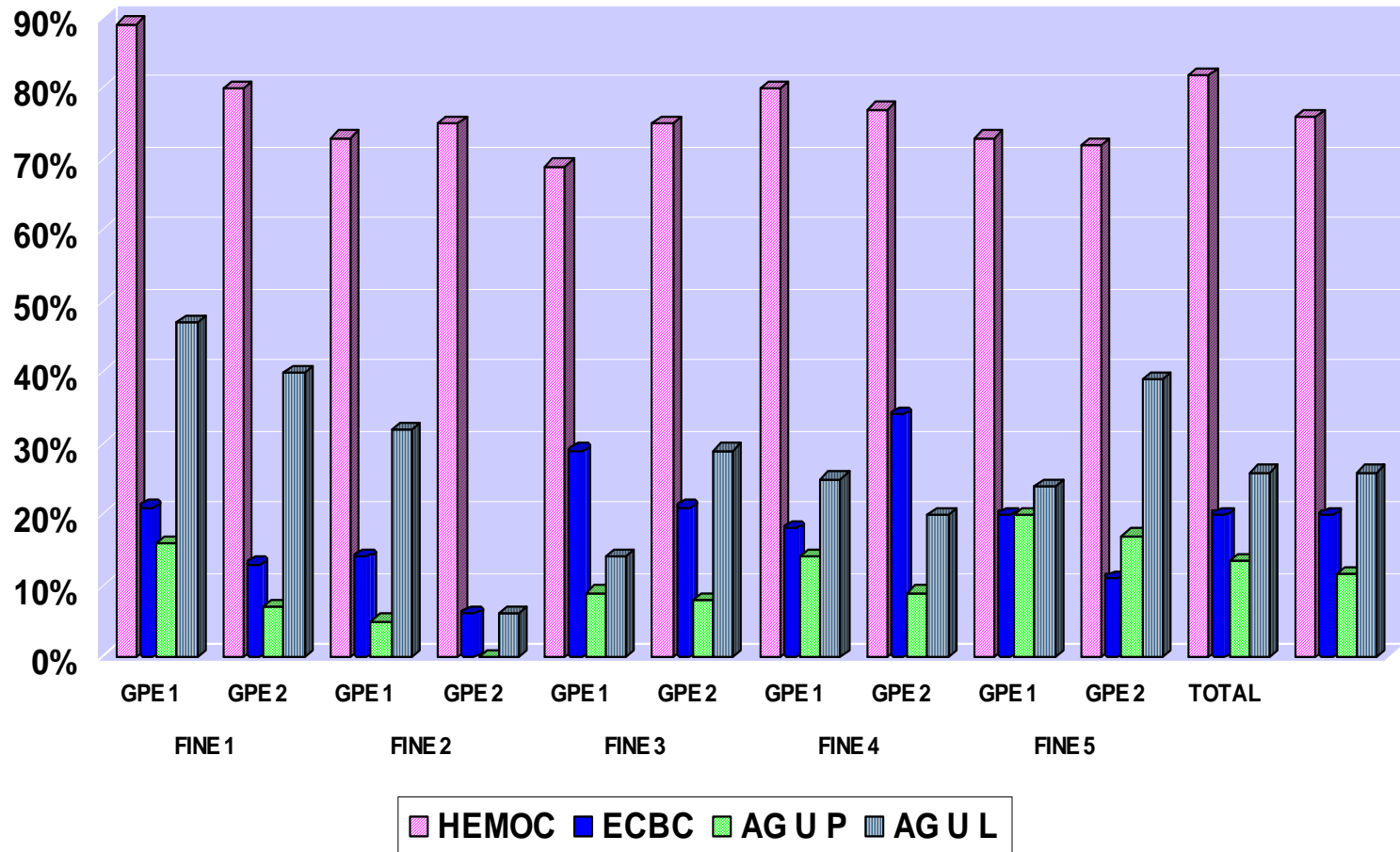
MICROBIOLOGIE

données de la conférence de consensus

- Patients FINE 1 et 2 (ambulatoire) : pas d'examens microbiologiques
- Patients FINE 3 et 4 (hospitalisés médecine) :
hémocultures et ECBC, Ag urinaire légionelle si contexte évocateur
- Patients FINE 5 (hospitalisés réanimation) :
hémocultures, prélèvements bronchiques, Ag urinaires légionelle et pneumocoque

PRÉLÈVEMENTS BACTÉRIOLOGIQUES

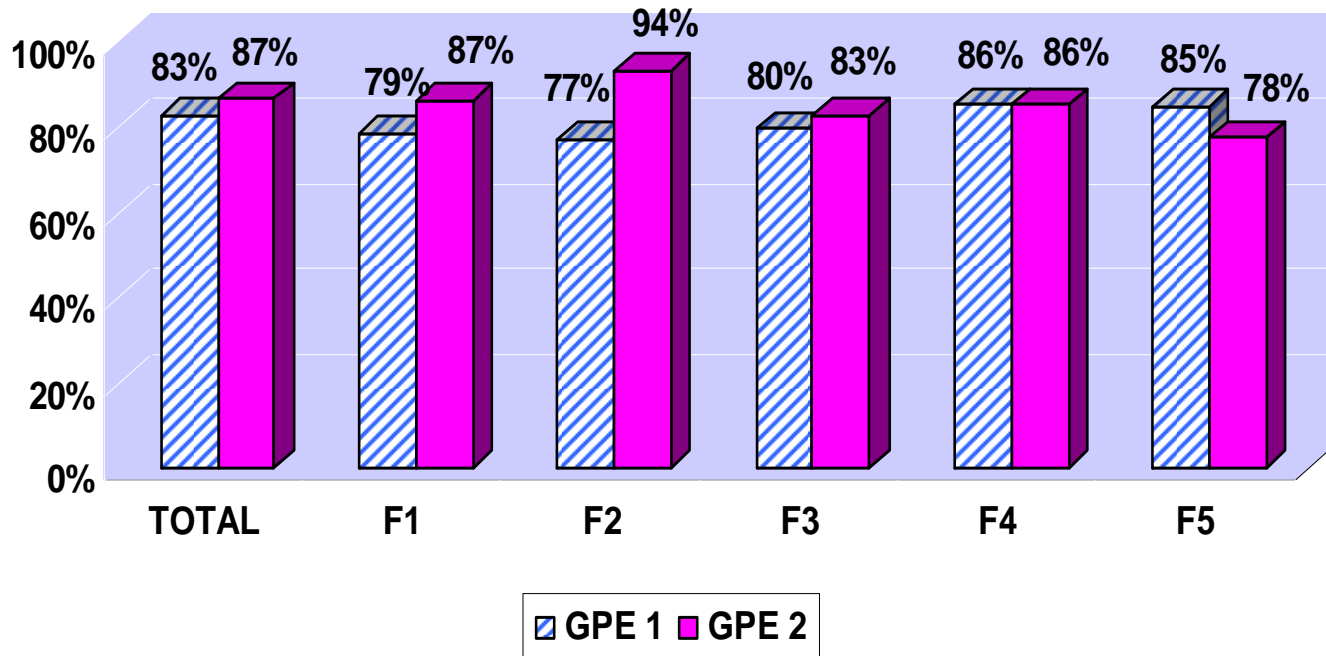
MICROBIOLOGIE INITIALE



MICROBIOLOGIE

résultats de l'étude

CONFORMITE MICROBIOLOGIE



Recommandations ATB AMBULATOIRE

	1 ^{er} choix	Échec amoxicilline à 48 h
Sujets jeunes sans comorbidité	amoxicilline 1 g x 3/j PO Ou pristinamycine 1 g x 3/jPO Ou télithromycine 800 mg/j PO	macrolide Ou pristinamycine 1 g x 3/jPO Ou télithromycine 800 mg/j PO
Sujets âgés sans comorbidité	amoxicilline ac. clav. 1 g x 3/j PO	FQAP lévofloxacine 500 mg/j PO Ou moxifloxacine 400 mg/j PO
Sujets âgés institution	amoxicilline ac. clav. 1 g x 3/j PO Ou ceftriaxone 1 g/j IM/IV/SC Ou FQAP = lévofloxacine 500 mg/j PO moxifloxacine 400 mg/j PO	FQAP lévofloxacine 500 mg/j PO Ou moxifloxacine 400 mg/j PO

Recommandations ATB HOSPITALISATION

	Arguments en faveur du pneumocoque	Pas d'arguments en faveur du pneumocoque	
		1 ^{er} choix	Si échec β -lactamine à 48 h
Sujets jeunes sans comorbidité	amoxicilline 1 g x 3/j PO/perfusion IV	amoxicilline 1 g x 3/j PO/perf IV Ou pristinamycine 1 g x 3/j PO Ou télithromycine 800 mg/j PO	Associer un macrolide Ou substitution par télithromycine ou pristinamycine
Sujets âgés sans comorbidité	amoxicilline 1 g x 3/j PO/perfusion IV	amoxicilline ac. clav. 1 g x 3/j PO/perf IV Ou céfotaxime 1 g x 3/j perf IV Ou ceftriaxone 1 g/j IV Ou FQAP (lévofloxacine 500 mg x 1 à 2/j PO ou moxifloxacine 400 mg/j PO)	Associer un macrolide Ou substitution par télithromycine ou pristinamycine
Sujets âgés avec comorbidité(s)	amoxicilline 1 g x 3/j PO/perfusion IV	amoxicilline ac. clav. 1 g x 3/j perf IV Ou céfotaxime 1 g x 3/j perf IV Ou ceftriaxone 1 g/j IV Ou FQAP (lévofloxacine 500 mg x 1 à 2/j PO ou moxifloxacine 400 mg/j PO)	Associer un macrolide Ou substitution par télithromycine ou pristinamycine

Recommandations

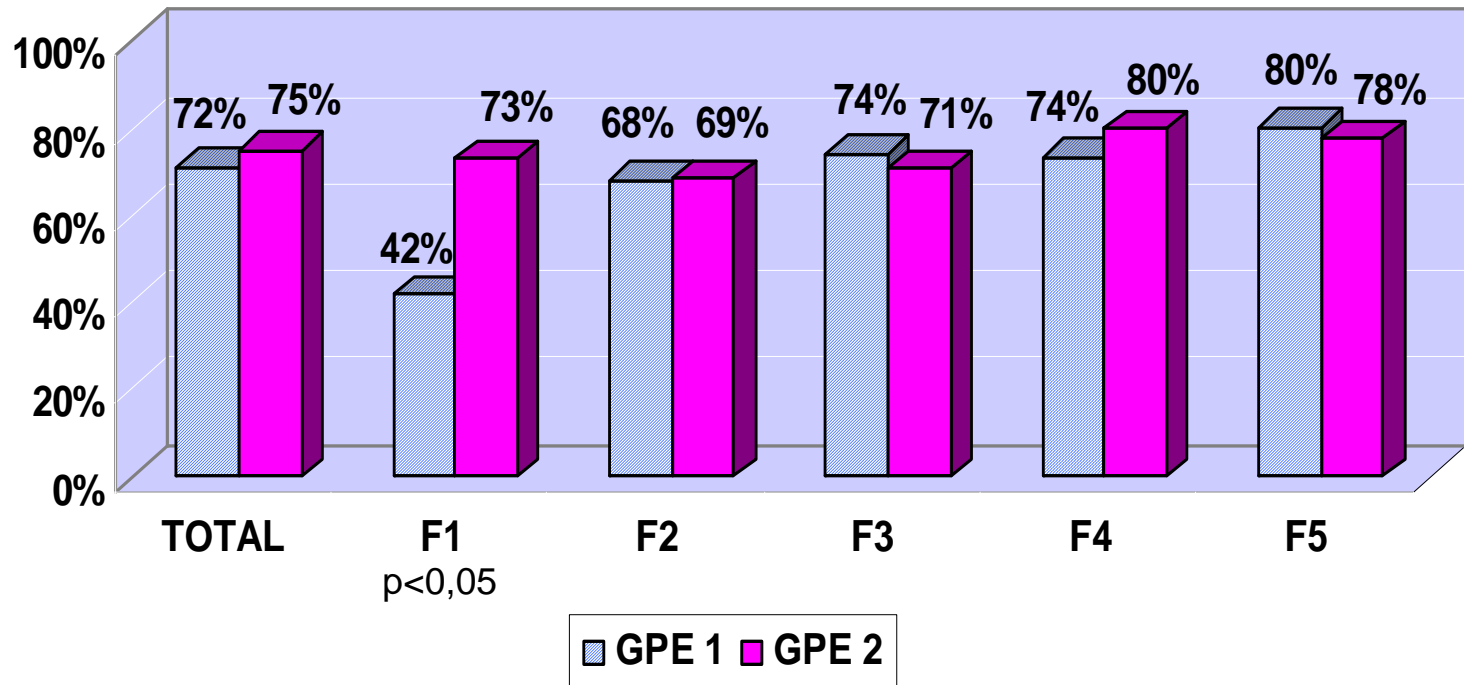
ATB HOSPITALISATION RÉA

	1 ^{er} choix
Sujets jeunes sans comorbidité	(céfotaxime 1-2 g x 3/j perf IV ou ceftriaxone 1-2 g/j IV) plus (macrolides IV ou FQAP IV : lévofloxacine 500 mg 2/j IV)
Sujets âgés sans comorbidité	(céfotaxime 1-2 g x 3/j perf IV ou ceftriaxone 1-2 g/j IV) plus FQAP (lévofloxacine 500 mg x 2/j IV)
Sujets avec comorbidité(s)	(céfotaxime 1-2 g x 3/j perf IV ou ceftriaxone 1-2 g/j IV) plus FQAP (lévofloxacine 500 mg x 2/j IV) si suspicion de pyocyanique : (pipéracilline-tazobactam 4 g x 3/j IV ou céfépime 2 g x 2/j IV ou imipénème 1 g x 3/j IV) en association avec un aminoside et un antibiotique actif sur les germes intracellulaires (macrolide ou flluoroquinolone)

ANTIBIOTHÉRAPIE

résultats de l'étude

CONFORMITE ANTI-BIOTHERAPIE INITIALE



Recommandations

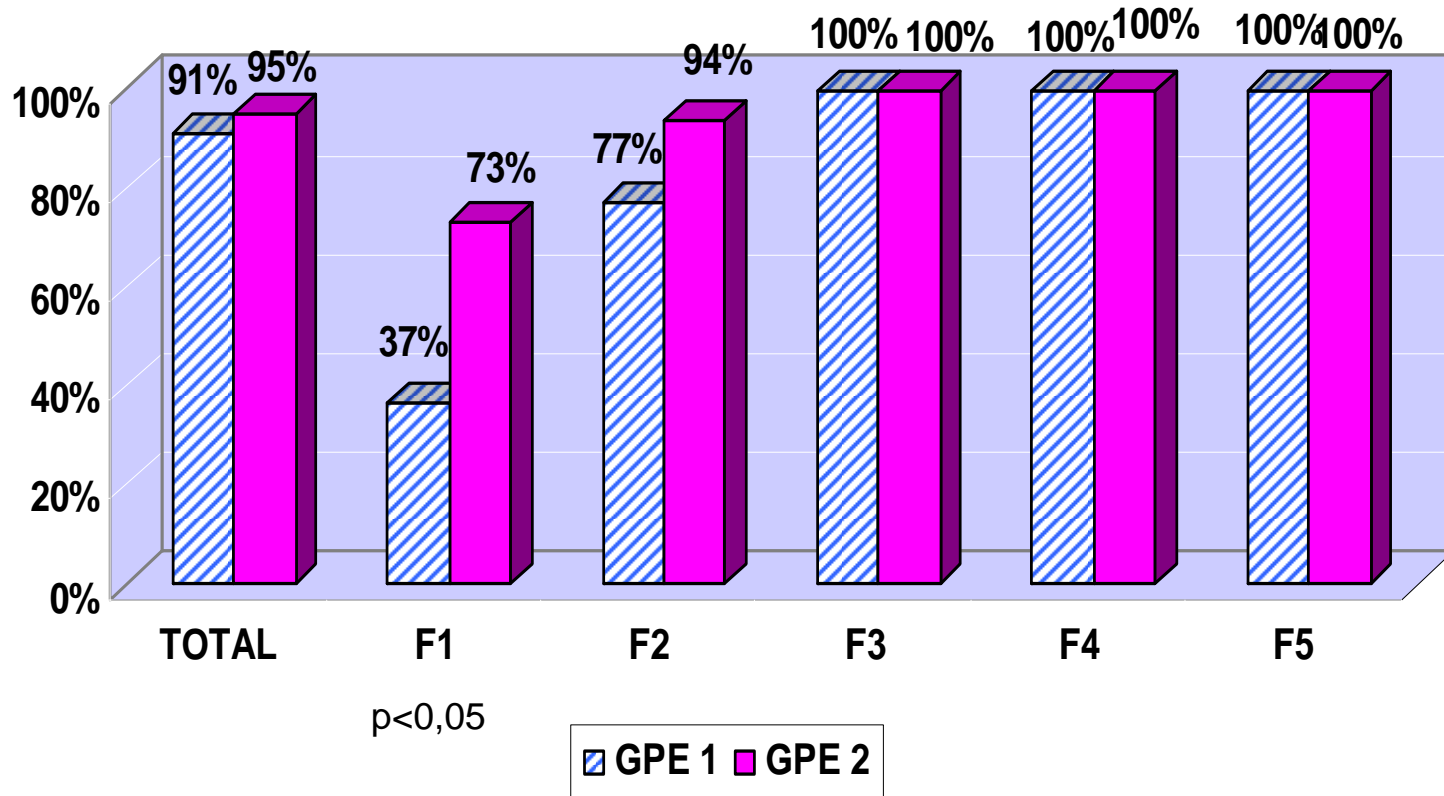
ORIENTATION

- Fine 1 et 2 : patients ambulatoires
- Fine 3 et 4 : patients hospitalisés en médecine (UHCD ou services médecine)
- Fine 5 : discuter hospitalisation en réanimation

ORIENTATION

résultats de l'étude

CONFORMITE DE L'ORIENTATION DES PATIENTS



RÉSULTATS : AUTRES

- Délai de mise en route de l'antibiothérapie initiale de 6 heures en moyenne, avant et après information, conforme aux recommandations
- Antibiothérapie totale de 11 jours en moyenne
- Durée d'hospitalisation croissante : de 6 jours pour FINE 1 à 14 jours pour FINE 5.

IMPACT DE L'INFORMATION

- Amélioration modeste mais positive
- Significative pour la classe FINE 1 dans l'orientation, l'antibiothérapie initiale et la prise en charge globale
- Tendance à l'amélioration pour l'ensemble des groupes, non significative (effectifs des sous-groupes insuffisants)

CONCLUSION

- La publication de conférences de consensus a pour objectif d'harmoniser et d'optimiser les pratiques
- La conférence de consensus de 2006 propose en utilisant le score de FINE une meilleure prescription des examens, des traitements ainsi que l'orientation du patient
- La diffusion de l'information est primordiale pour l'application de ces recommandations