

Pneumopathie d'inhalation:

Les pratiques en France sont-elles en adéquation avec les recommandations à venir ?

5 mai 2025 - Montpellier

Aucun conflit d'intérêt

Etat des lieux sur la prise en charge de la pneumopathie d'inhalation en France

Enquête de pratique diffusée de juin à novembre 2023 (GInGER, SRG, AJG) / Thèse de DES de gériatrie

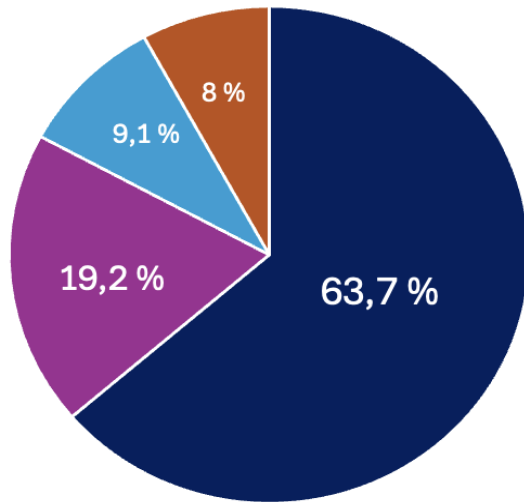
- Questionnaire portant sur l'ensemble de la prise en charge
- Concernant patient de plus de 75 ans /polypathologique

Rédaction des premières recommandations spécifiques à la pneumopathie d'inhalation par la SPILF et le GInGER - 2025

L'enquête de pratique

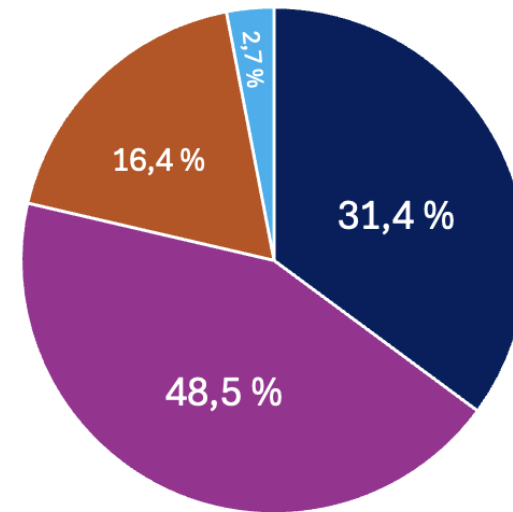
- 452 réponses

Spécialité des répondants



■ Gériatres ■ Infectiologues ■ Médecins généralistes ■ Autres

Lieux de prise en charge



■ CHU ■ CH ■ Etablissement médico social ■ Autre

Diagnostic : facteurs de risque et imagerie

Dans l'enquête :

- Critères diagnostiques consensuels = **facteurs de risque pneumopathie d'inhalation**
 - Vomissement, troubles de la déglutition connus, antécédent de pneumopathie d'inhalation
- Examens complémentaires = prescrits dans **80 % des cas**
 - **Imagerie** en priorité >>> Bactériologie
 - Plus souvent prescrits par médecins non-gériatres en CHU

Radiographie thoracique	Scanner thoracique	Hémocultures	ECBC
65%	32%	36%	21%

Diagnostic : facteurs de risque et imagerie

RECOS

-Diagnostic =

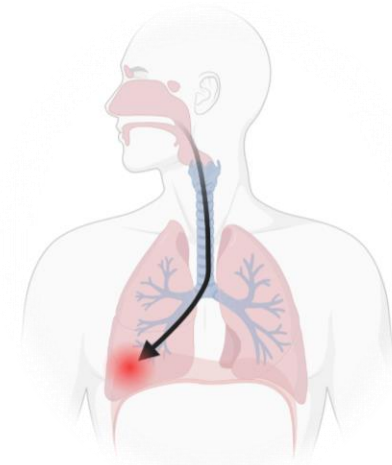
✓ **Pneumopathie** = signes cliniques + infiltrat radiologique nouveau

→ Scanner thoracique non injecté >> radio thoracique – échographie pulmonaire

✓ **Présomption d'inhalation** =

-Clinique : troubles de déglutition ou ATCD d'inhalation OU

-Clinico-radiologique : atteinte décline en présence FDR inhalation



Diagnostic : facteurs de risque et imagerie

RECOS

-Diagnostic =

✓ **Pneumopathie** = signes cliniques + infiltrat radiologique nouveau

→ Scanner thoracique non injecté >> radio thoracique – échographie pulmonaire

✓ **Présomption d'inhalation =**

-Clinique : troubles de déglutition ou ATCD d'inhalation OU

-Clinico-radiologique : atteinte décline en présence FDR inhalation

→Aucun examen microbiologique systématique

→Utilisation de marqueurs biologiques non recommandée pour affirmer ou exclure diagnostic

Tableau respiratoire aigu immédiatement post fausse route = pneumopathie chimique

Diagnostic : facteurs de risque et imagerie

RECOS

-Diagnostic =

✓ **Pneumopathie** = signes cliniques + infiltrat radiologique nouveau

→ Scanner thoracique non injecté >> radio thoracique – échographie pulmonaire

✓ **Présomption d'inhalation =**

-Clinique : troubles de déglutition ou ATCD d'inhalation OU

-Clinico-radiologique : atteinte décline en présence FDR inhalation

→Aucun examen microbiologique systématique

→Utilisation de marqueurs biologiques non recommandée pour affirmer ou exclure diagnostic

Tableau respiratoire aigu immédiatement post fausse route = pneumopathie chimique

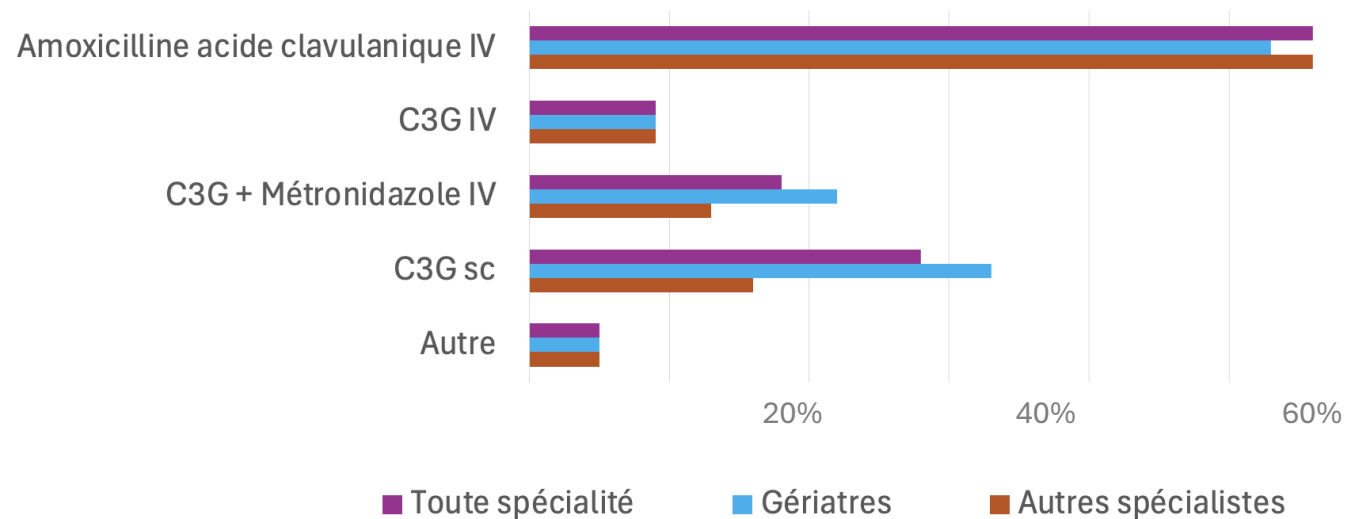


Traitement antibiotique de première intention

Dans l'enquête :

- **Amoxicilline acide clavulanique** per os pendant **7 jours**

Antibiothérapie de 1ère intention, voie per os impossible



Traitement antibiotique de deuxième ligne

Dans l'enquête :

- **Pipéracilline Tazobactam IV** (81%)
- Indications : échec du traitement de 1^{ère} ligne, sévérité du tableau clinique, caractère nosocomial de l'infection

Traitement antibiotique

RECOS

	ATB	Voie
1^{ère} intention	Amoxicilline- acide clavulanique 1gX3 /j	PO ou IV si gravité
2^{ème} intention (si allergie pénicilline ou voies per os / IV impossibles)	Ceftriaxone 1g/j	SC ou IV
3^{ème} intention (si CI aux bêtalactamines)	Sulfaméthoxazole 800mg/ Triméthoprim 160mg toutes les 8h	PO ou IV
Si échec à 72h	Pipéracilline 4g-Tazobactam 500mg toutes les 6 à 8h	IV

Traitement antibiotique

RECOS

	ATB	Voie
1^{ère} intention	Amoxicilline- acide clavulanique 1gX3 /j	PO ou IV si gravité
2^{ème} intention (si allergie pénicilline ou voies per os / IV impossibles)	Ceftriaxone 1g/j	SC ou IV
3^{ème} intention (si CI aux bêtalactamines)	Sulfaméthoxazole 800mg/ Triméthoprim 160mg toutes les 8h	PO ou IV
Si échec à 72h	Pipéracilline 4g-Tazobactam 500mg toutes les 6 à 8h	IV



Métronidazole non recommandé en association à l'antibiothérapie de référence

Traitement antibiotique

RECOS

	ATB	Voie
1^{ère} intention	Amoxicilline- acide clavulanique 1gX3 /j	PO ou IV si gravité
2^{ème} intention (si allergie pénicilline ou voies per os / IV impossibles)	Ceftriaxone 1g/j	SC ou IV
3^{ème} intention (si CI aux bêtalactamines)	Sulfaméthoxazole 800mg/ Triméthoprim 160mg toutes les 8h	PO ou IV
Si échec à 72h	Pipéracilline 4g-Tazobactam 500mg 4g toutes les 6 à 8h	IV

Métronidazole non recommandé en association à l'antibiothérapie de référence



Place de la voie sous-cutanée

Dans l'enquête :

- Prescrite par **30%** des répondeurs

- Ceftriaxone** ++++

- Principalement par gériatres , en EHPAD

Quelle voie d'administration ?

RECOS

Voie orale = en priorité

Ceftriaxone par voie sous cutanée = alternative

→ Per os et IV impossibles

→ En relais de la voie IV : après stabilisation et voie per os impossible

Voie IV pour pneumopathie grave

Quelle voie d'administration ?

RECOS

Voie orale = en priorité

Ceftriaxone par voie sous cutanée = alternative

→ Per os et IV impossibles

→ En relais de la voie IV : après stabilisation et voie per os impossible

Voie IV pour pneumopathie grave

Pneumopathie grave = 1 critère majeur ou 3 mineurs

-Majeurs : choc septique (amines), Détresse respiratoire aigue (VM)

-Mineurs : -FR ≥ 30

-PaO₂/FIO₂ ≤ 250

-Infiltrats multilobaires

-Confusion/ Désorientation

-Hypotension nécessitant remplissage volémique

-Urée plasmatique ≥ 20 mg/dL

-Leucopénie

-Thrombocytopénie

-Hypothermie

Cf Reco Pneumopathies graves SPILF
2024

Quelle voie d'administration ?

RECOS

Voie orale = en priorité

Ceftriaxone par voie sous cutanée = alternative

→ Per os et IV impossibles

→ En relais de la voie IV : après stabilisation et voie per os impossible

Voie IV pour pneumopathie grave



Quelle durée ?

RECOS

5 jours si évolution favorable à 72h

Dans tous les cas $\leq$ 7 jours



Situations particulières

RECOS

Récidive d'une pneumopathie d'inhalation qui avait bien répondu sous Amoxicilline ac clavulanique

→ **Reprise de la même antibiothérapie**

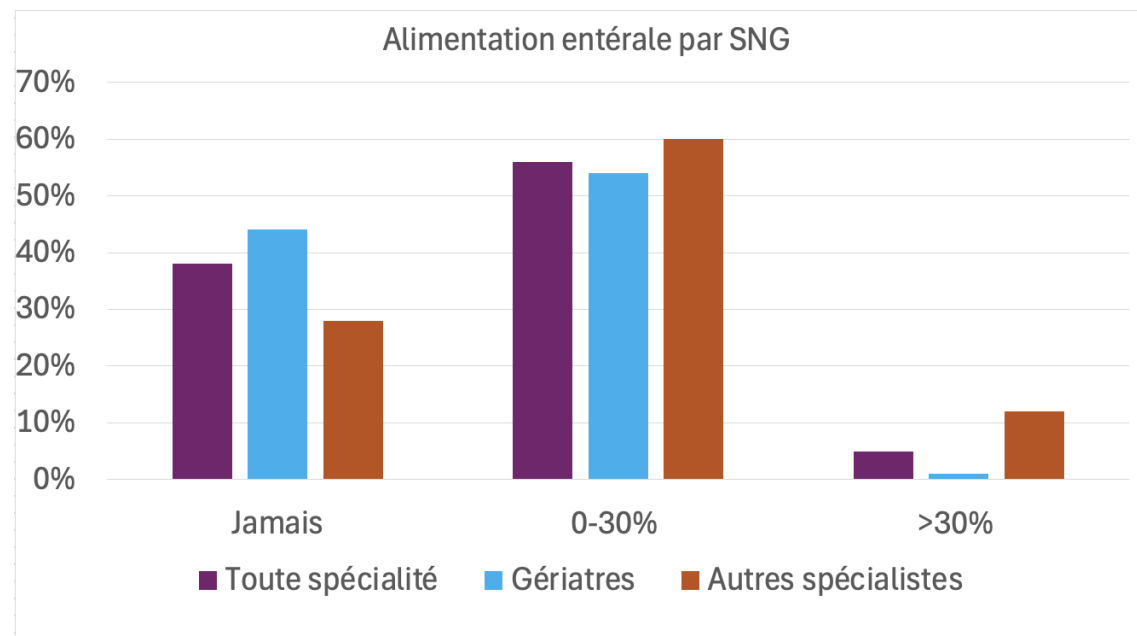
- **Pas d'antibiothérapie préemptive** au décours immédiat d'une fausse route



Prise en charge alimentaire

Dans l'enquête :

- Prescription de **mise à jeun** < 30% des cas
- Prescription alimentation parentérale rare ++++



Prise en charge alimentaire

Dans l'enquête :

-Prescription de mise à jeun < 30% des cas

RECOS

**- Alimentation par SNG et gastrostomie = non-indiquée en
prévention pneumopathie d'inhalation**

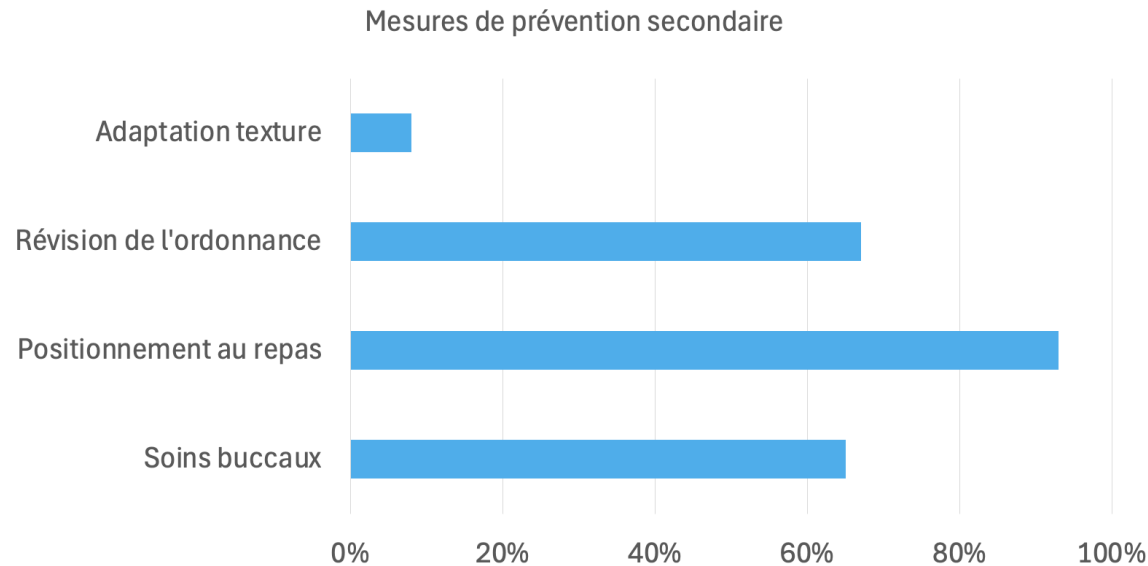


Prévention -dépistage

Dans l'enquête :

-Multidisciplinaire : orthophonistes (50%), aide- soignant.e.s/ IDE (30%), médecins (30%)

-Tests de dépistage : test au verre d'eau, supervision des repas



Gériatrie : meilleur accès aux
orthophonistes, plus de prescription de
soins oraux- buccaux

Prévention -dépistage

Dans l'enquête :

- Multidisciplinaire – Multimodale
- Tests de dépistage : test au verre d'eau, supervision des repas

RECOS

« Du bon sens »

- Bonne position pour repas
- Mobilisation ++++
- Tester la déglutition avant reprise per os
- Soins d'hygiène bucco dentaire
- Epaississement liquides



Prévention -dépistage

Dans l'enquête :

- Multidisciplinaire – Multimodale
- Tests de dépistage : test au verre d'eau, supervision des repas

RECOS

« Du bon sens »

- Bonne position pour repas
- Mobilisation ++++
- Tester la déglutition avant reprise per os
- Soins d'hygiène bucco dentaire**
- Epaississement liquides

Et de l'anticipation !

- Adaptation traitement : si HTA privilégier IEC /Eviter : sédatifs, anticholinergiques, IPP

...

- Education – Formation patients, aidants et soignants

Prévention -dépistage

Dans l'enquête :

- Multidisciplinaire – Multimodale
- Tests de dépistage : test au verre d'eau, supervision des repas

RECOS

« Du bon sens »

- Bonne position pour repas
- Mobilisation ++++
- Tester la déglutition avant reprise per os
- Soins d'hygiène bucco dentaire**
- Epaississement liquides

Et de l'anticipation !

- Adaptation traitement : si HTA privilégier IEC /Eviter : sédatifs, anticholinergiques, IPP

...

- Education – Formation patients, aidants et soignants



Les pratiques en France sont-elles en adéquation avec les recommandations à venir ?

→ Globalement OUI !

De bons réflexes à garder :

- Antibiothérapie de première ligne
- Critères cliniques /diagnostic
- Caractère multimodal et multidisciplinaire de la prévention

Les pratiques en France sont-elles en adéquation avec les recommandations à venir ?

→ Globalement OUI !

De bons réflexes à garder :

- Antibiothérapie de première ligne
- Critères cliniques / diagnostic
- Caractère multimodal et multidisciplinaire de la prévention

Quelques améliorations possibles :

- STOP Métronidazole
- Prise en charge alimentaire
- Soins buccaux

Résumé des recommandations

Diagnostic :

-CLINIQUE :
« pneumopathie + inhalation »

-PAS DE BIO
systématique

-IMAGERIE

Traitement :

- 1^{er} : AMOX-AC
CLAVULANIQUE

- 2^{ème} : C3G
SC

- 5 à 7 jours

Prévention :

- ✓ Position - mobilisation
- ✓ Soins de bouche
- ✓ « Per os adapté » après test
- ✓ Révision ordonnance

Remerciements



Quoi de neuf en infectio- gériatrie

Dr Thibaut FRAISSE, CH ALES

Conflits d'intérêt

- 2024: orateur symposium Pfizer
- 2025: orateur symposium Sanofi (demain)

épidémiologie

Consommation des antibiotiques en France



Figure 3. Consommation et prescription d'antibiotiques par sexe et par classes d'âge, France 2013-2023

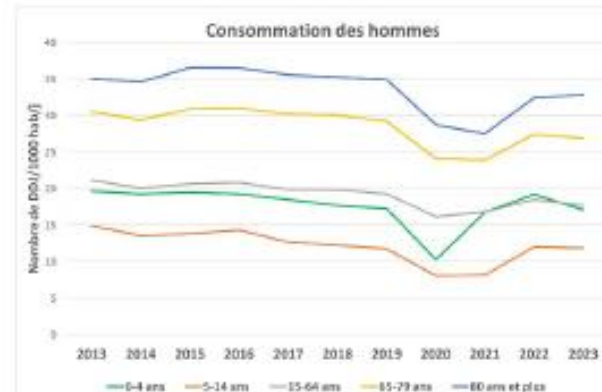
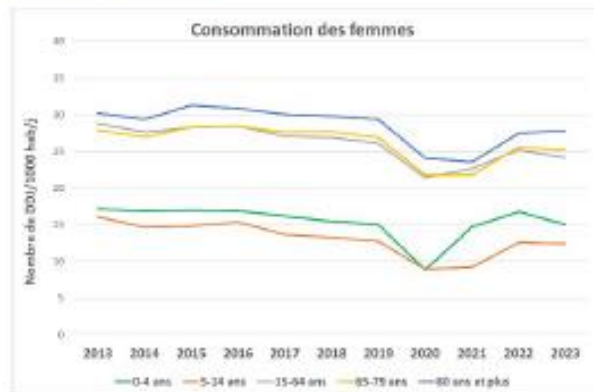
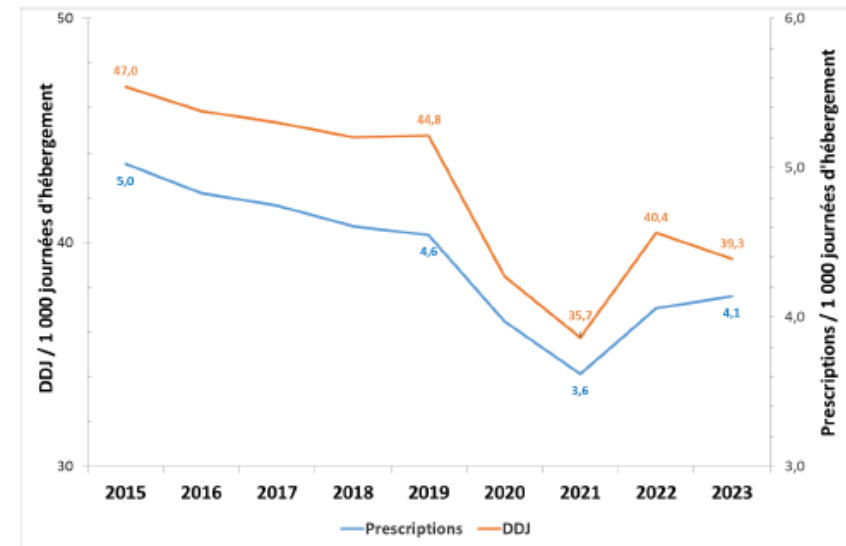


Figure 5. Évolution des consommations en DDJ et des prescriptions d'antibiotiques dans les Ehpads sans PUI, France 2015-2023



Résistances bactériennes

Les 5 indicateurs de suivi de la stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections de de l'antibiorésistance

Prélèvements urinaires	Cibles à l'horizon 2025	Valeurs 2023	Tendances 2022-2023 au niveau national
Soins de ville			
% d' <i>E. coli</i> résistants aux C3G	≤ 3 % au niveau national et dans toutes les régions	3,8 % au niveau national 6 régions atteignent la cible	↗ (+ 0,5)
% d' <i>E. coli</i> résistants aux FQ	≤ 10 % au niveau national et dans toutes les régions	13,5 % au niveau national 1 région atteint la cible	↗ (+ 0,9)
% d' <i>E. coli</i> , <i>K. pneumoniae</i> et <i>E. cloacae</i> résistants aux carbapénèmes	≤ 0,5 % au niveau national et dans toutes les régions	0,165 % au niveau national 16 régions atteignent la cible	↗ (+ 0,011)
EHPAD			
% d' <i>E. coli</i> résistants aux C3G	≤ 8 % au niveau national et dans toutes les régions	9,3 % au niveau national 9 régions atteignent la cible	↗ (+ 0,8)
% d' <i>E. coli</i> résistants aux FQ	≤ 18 % au niveau national et dans toutes les régions	19,2 % au niveau national 8 régions atteignent la cible	↗ (+ 0,5)

Sepsis et bactériémies

SEPSIS en FRANCE

Un programme transversal = Parcours de soins

- Facteurs de risque de sepsis (âge, défaillances d'organe, fragilité, cancers et ttt immunosuppresseurs, diabète, dénutrition, maladie de système...)
- Dépister le sepsis face à une infection

Rechercher chez un adulte, la présence de 3 ou plus des 6 variables cliniques

- a. Age >65 ans
- b. Température >38°C
- c. Pression artérielle systolique ≤ 110 mmHg
- d. Fréquence cardiaque >110/min
- e. Saturation périphérique en O₂ $\leq 95\%$
- f. Troubles des fonctions supérieures

- Agir sans délai en ville
- Traiter (surviving sepsis campaign)
 - Accès veineux et Remplissage par cristalloïdes
 - Prélever des hémocultures et débuter antibiothérapie (3h, 1h en cas de choc)
 - Surveillance continue?
 - Mobiliser passif, verticaliser, faire marcher.....
- Après l'épisode: rééduquer, suivi
- Prévention: vaccin et mesures d'hygiène



RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

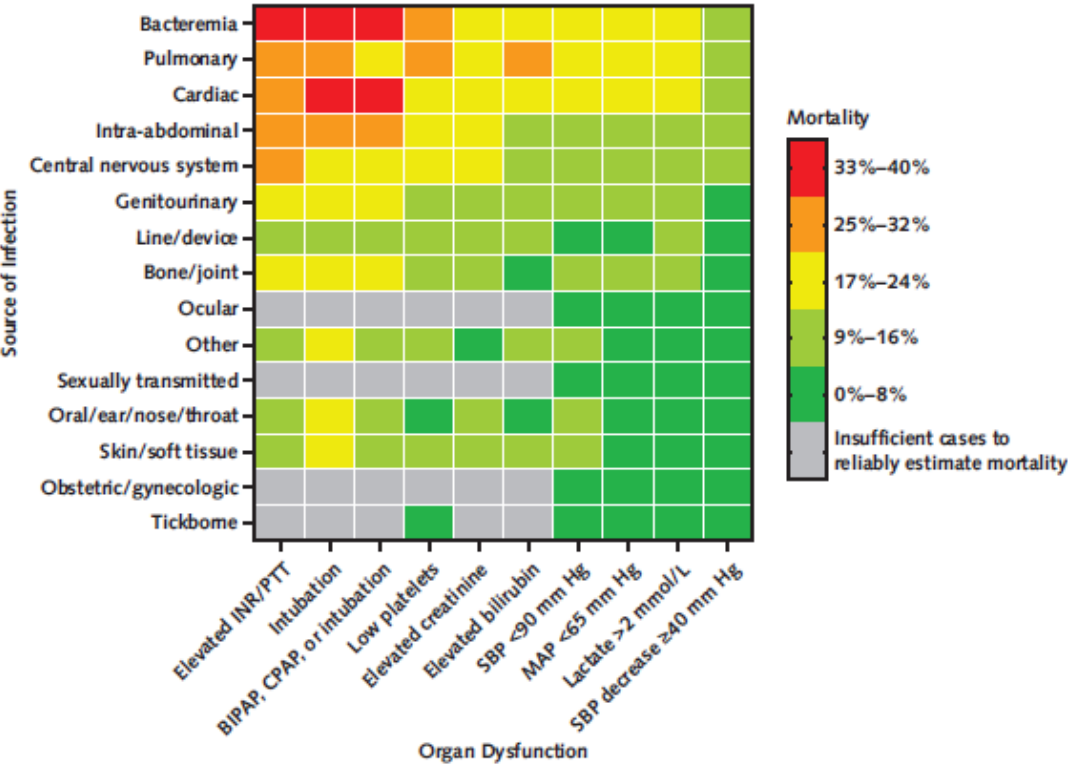
Prise en charge du sepsis du nouveau-né, de l'enfant et de l'adulte :
recommandations pour un parcours de soins intégré

Validé par le Collège le 29 janvier 2025

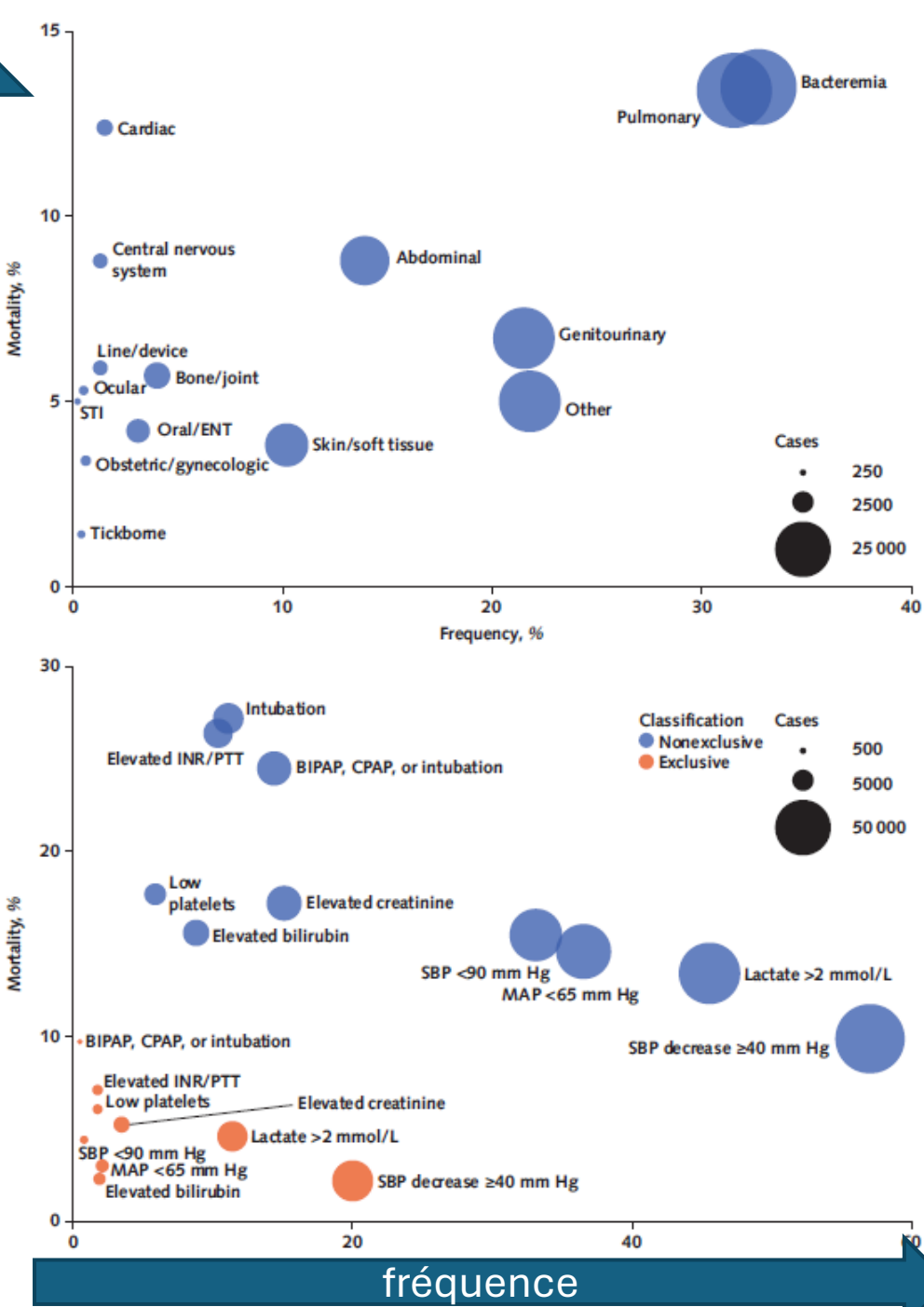
Heterogeneity of Sepsis Presentations and Mortality Rates

Bielberg et al, 2024

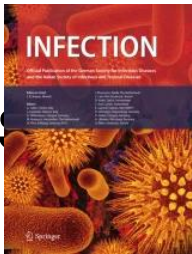
75 000 sepsis
Age moyen 67 ans



m o r t a l i t é



Comparaison bactériémies associées aux soins > ou <75 ans admis en unités de soins intensifs (I Margalit et al Infection 2024)



Cohorte EUROBACT-2 :
prospective multicentrique (2019-21)
≥ 18 ans ayant une bactériémie
acquise à l’hôpital admis en soins
intensifs
52 pays 333 Services de soins
intensifs
2111 patients (43 pays)
1548 patients <75 ans vs 563 >75 ans

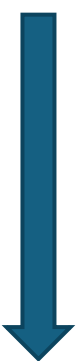
	< 75ans	> 75 ans	p
Comorbidités (Médiane Charlson)	1	2	P<0,001
Type de comorbidités - Pathologie hépatique, Néo hemato, transplant - Diabète, Cardiopathie, I rénale non dialysée, bpco, AOMI, tumeur solide	+ fqtes	+ fqtes	P<0,05
Statu fonctionnel - Aucune limitation - Légère à modérée	45% 34%	28% 42%	P<0,001
Porte d’entrée KT	27,8%	21,7%	P=0,005
Clinique - FC>130 - T° max - Confusion - Coma sans sédation	97% 38,1 14,1% 13,5%	94% 37,6 15% 17,1%	0,019 <0,001 NS 0,038
Idem paramètres de ventilation, microbiologie, imagerie sauf IRM			
Recherche contrôle de la porte d’entrée	53% 83%	44% 77%	<0,001 0,017
Mortalité J28	34%	50%	<0,001

Antibiothérapie des Bactériémies 7jvs 14j?

Étude multicentrique randomisée de non infériorité

Exclusion: immunodépression sévère, foyer profond nécessitant une durée prolongée, *S aureus*, et culture avec 1 germe évoquant contamination

74 hôpitaux, 2014-2023

- 
- 36.637 patients (23000 exclus dont **10500 contaminations (28%)**, 3800 *S aureus*, 4000 foyers profonds, 992 fongémies)
 - 13597 éligibles (9966 n'ont pas été randomisé dont *4530 refus du médecin, 1800 refus ou incapable de consentir, 3600 autre*)
 - 3631 participants (10%) 1824 (7 j) 1807 (14j)
 - 2.853 per protocole (J90)

Groupes similaires:

- Age médian 70 ans,
- Comorbidités diabète 31%, K 21%
- Clinicat frailty scale médian: 4
- Porte d'entrée (urine 42%>dig 19%> poumon 13%)
- Bactéries: *E. coli*, 43,8% > Klebsielle 15%> Enterocoque 6,5%
- Monomicrobien 71%

- Mortalité à 90j: 14,5% (7j) vs 16,1% (14j) non infériorité démontrée
- 23% de non adhérence à la durée randomisée
- Pas de différence EI, ICD, colonisation BMR

vaccins

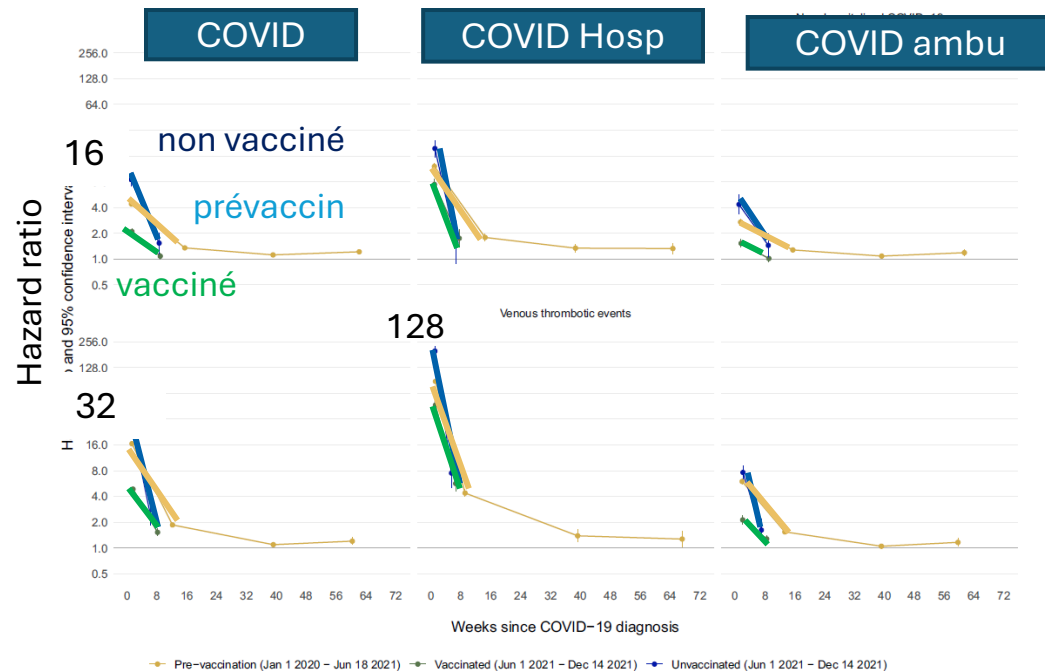
Risque Cardio-vasculaire/vaccin

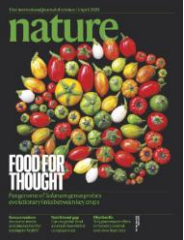


- Effet de la vaccination sur le risque cardiovasculaire artériel/MTE
 - Cohortes anglaises:
 - 2020- Juin 2021 (prévaccin): 18 Millions de personnes
 - Juin 2021- Déc 2021: 13,5M vaccinés, 3M non vaccinés

Complications CV

Complications MTE





Démence et vaccin contre le zona

Vaccin vivant anti zostérien

Cohorte galloise

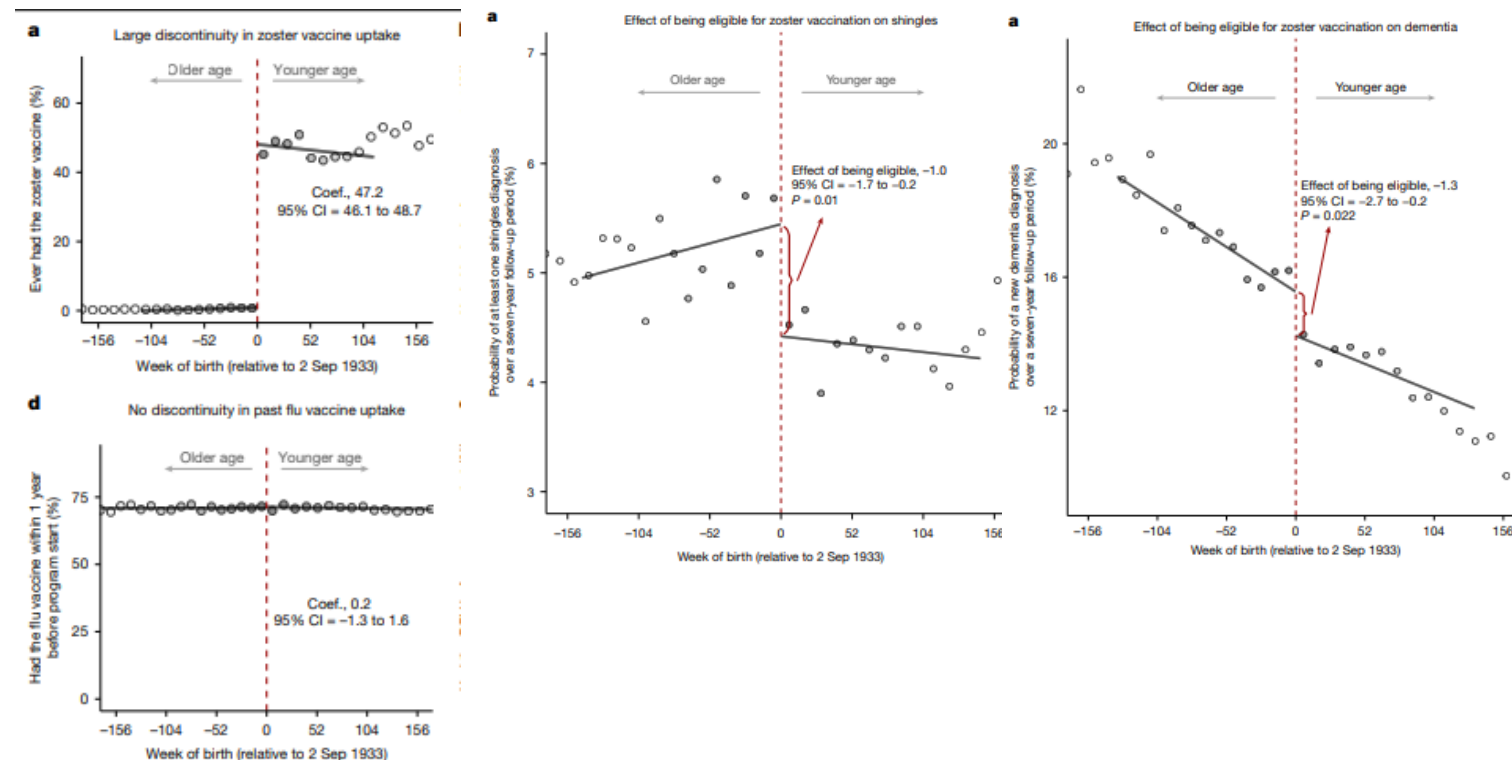
Particularité: les patients nés avant le 2 septembre 1933 non éligibles au vaccin, ceux nés après accès au vaccin

Comparaison patients inéligibles nés juste avant le 2 septembre 1933 et ceux éligibles et vaccinés nés juste après le 2 septembre

Quasi randomisation en vie réelle

Limite les biais de recrutement lors comparaison de cohorte vacciné/non vacciné

- Diminution du risque de démence sur 7 ans de 3,5 points soit 20%
- Effet protecteur > femme vs hommes
- Effet confirmé sur l'analyse des certificats de décès provoqué par la démence et en Angleterre



Vaccin vivant Zona et risque de démence

Australie début campagne vaccinale
1^{er} novembre 2016 pour 70-79 ans

Vaccin vivant atténué

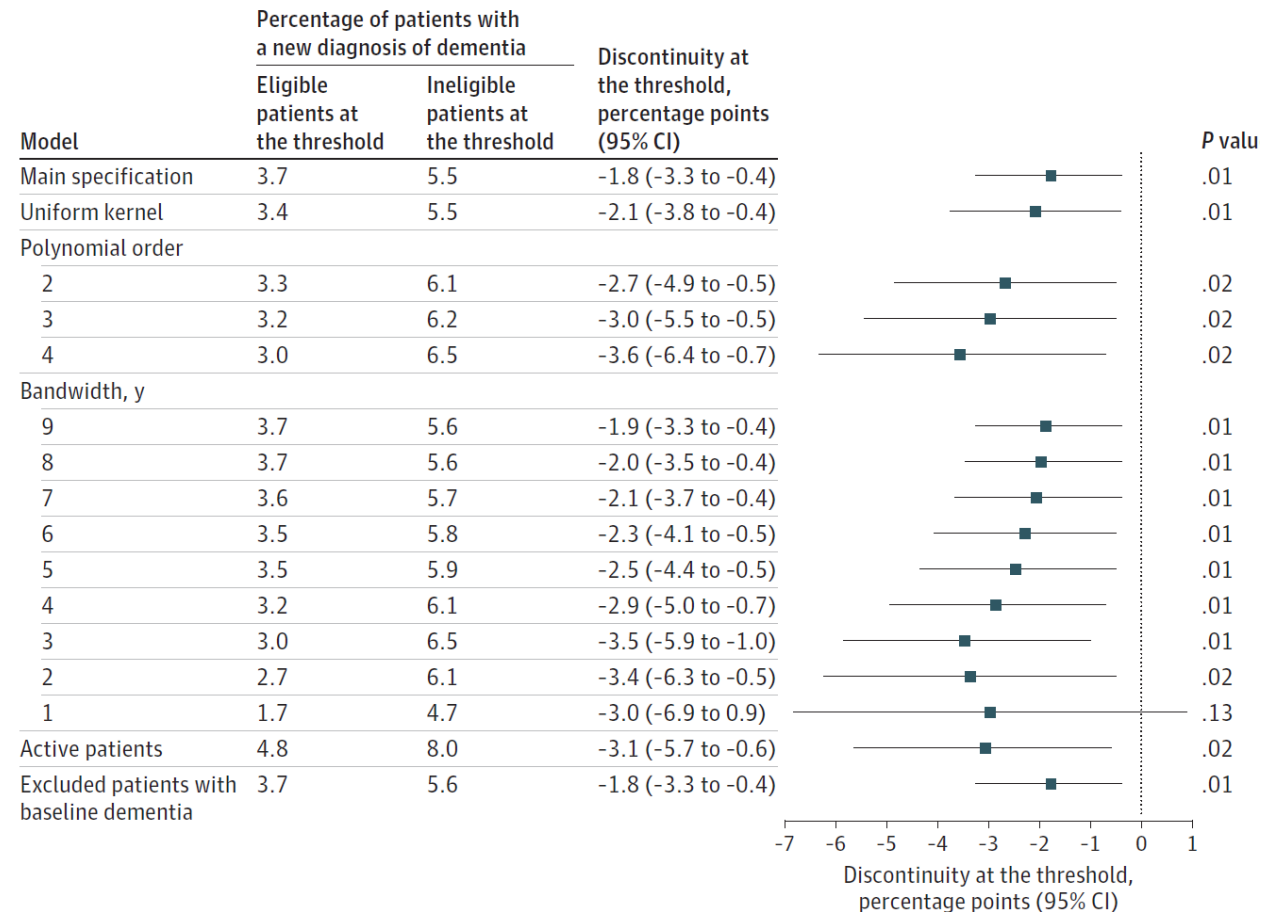
Les patients ayant eu 80 ans juste
avant le premier novembre n'ont
jamais été vacciné

Comparaison DDN avant apres le 2
novembre 1936

Suivi 7 ans

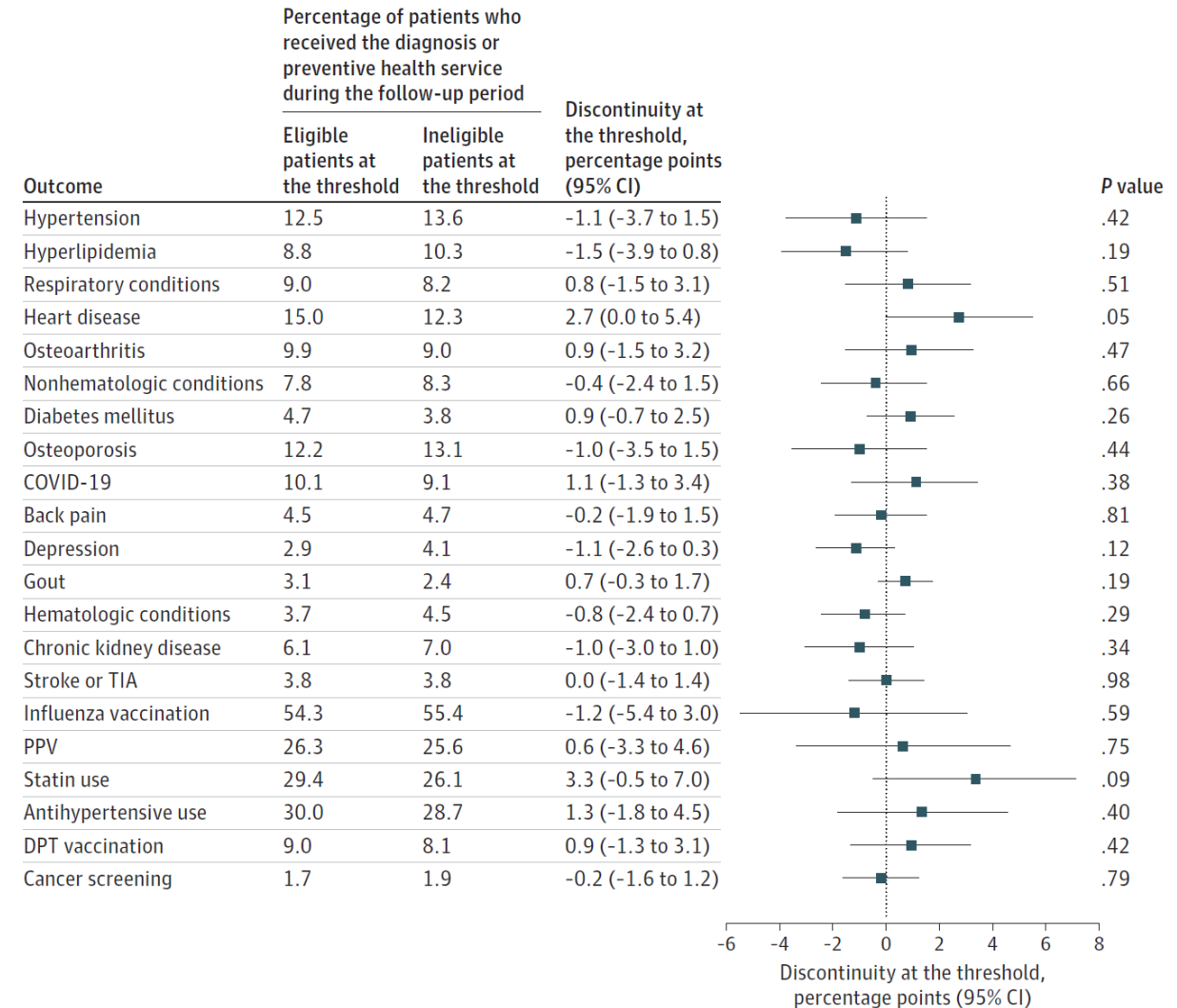
13743 patients éligibles au vaccin vs
4659 non éligibles

Figure 2. Effect of Being Eligible for Herpes Zoster Vaccination on New Diagnoses of Dementia



Vaccin vivant Zona et risque de démence

Bénéfice du vaccin vivant
Quid du vaccin recombinant?



Démence et vaccin contre le zona

Vaccin recombinant antizosterien

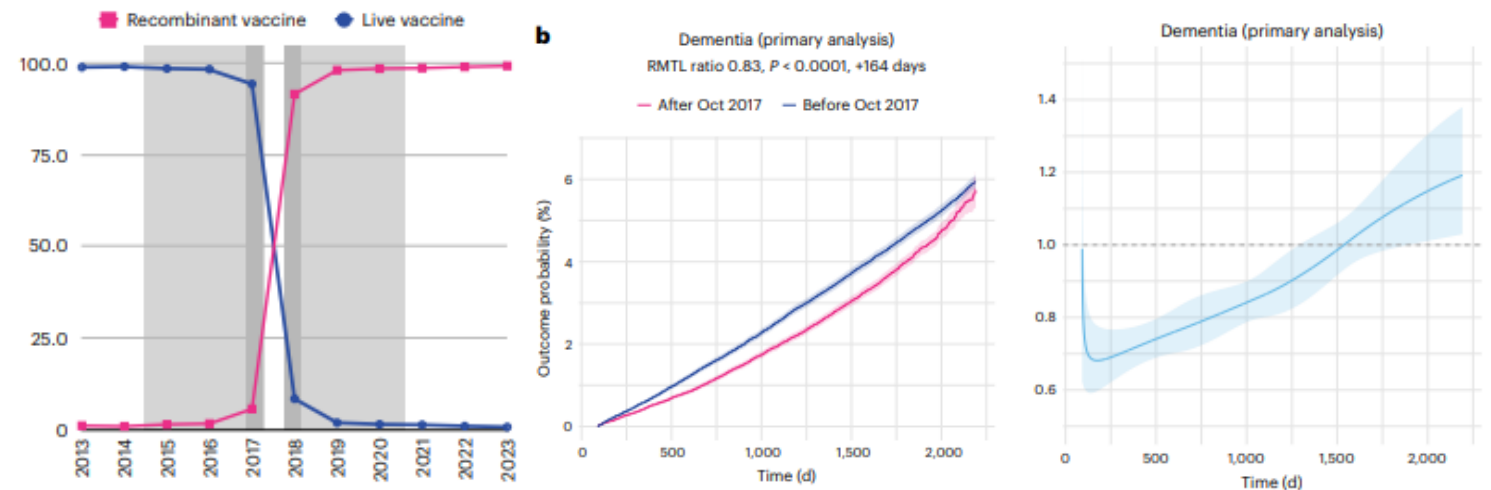
Analyse des dossiers électroniques US

Transition rapide vaccin vivant/recombinant

103000 vaccinés avec vaccin recombinant (95%) et 103000 avec score de propension vacciné avec vaccin vivant (95%)

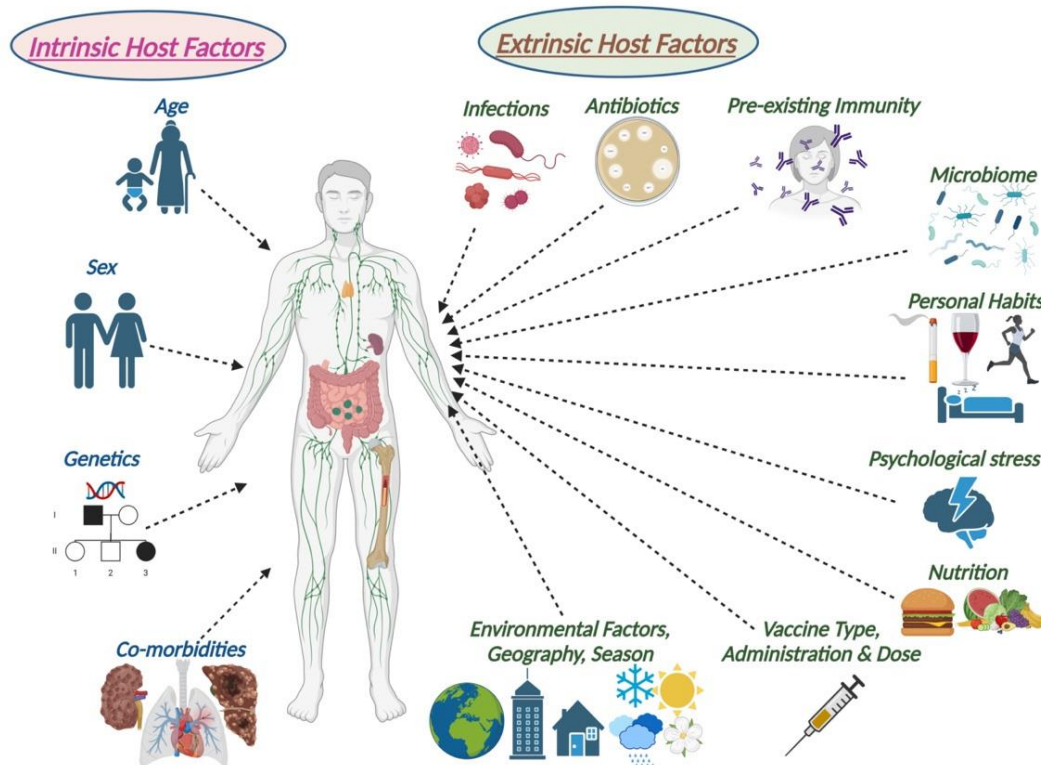
Comparaison incidence de la démence

- Diminution du risque de démence de 17% avec vaccin recombinant à 6 ans IC [0,8-0,87] vs vaccin vivant
- Augmentation du temps de vie sans démence (+164j)
- Effet protecteur pour Homme et femme (> chez femmes)
- Les 2 vaccins contre le zona sont associés à un moindre risque de démence que le vaccin antigrippal et DTP,





Vaccins pour le sujet âgé et programmes de vaccination USA/Europe (Vaccines 2024, C Anastassopoulou et al.)

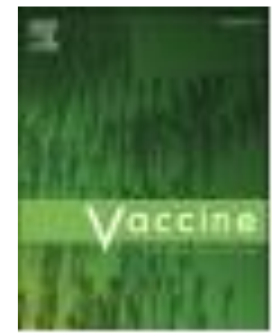


Besoin de vaccins et/ou de schémas vaccinaux spécifiques au sujet âgé:

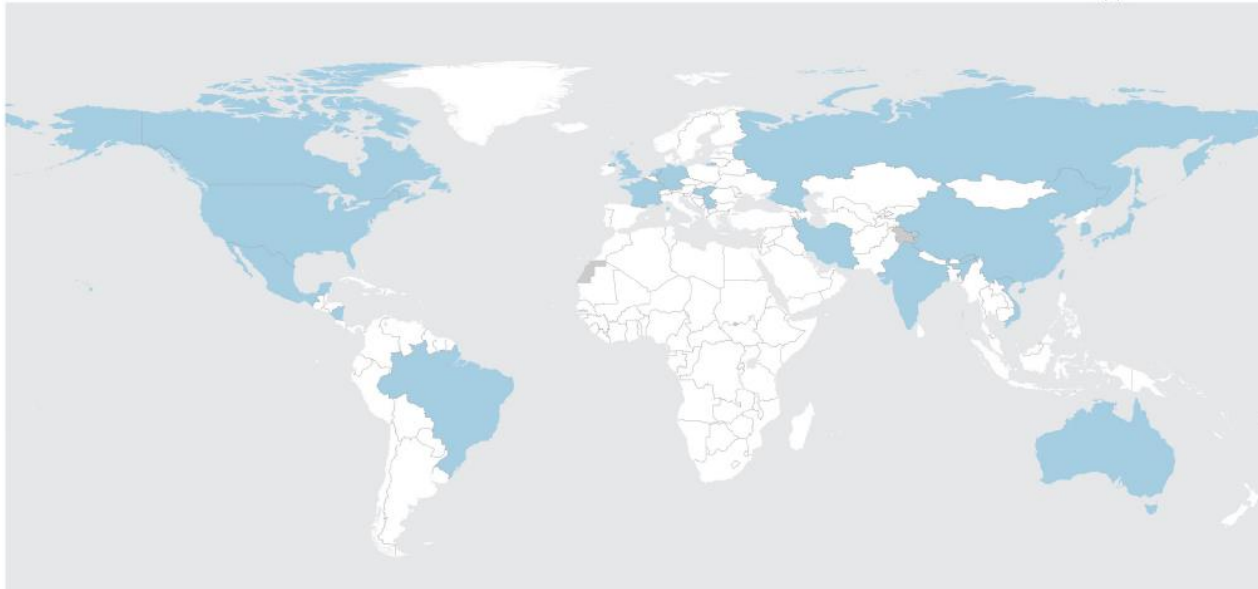
- Vaccins adjuvantés (VZV, grippe, VRS...)
- Vaccins conjugués (pneumocoque...)
- Vaccins haute dose (grippe...)
- Vaccins recombinants (grippe, VRS...)
- Vaccins ARNm (grippe, VRS..)
- Doses Rappels/booster (DTP/COVID...)

Facteurs intrinsèques et extrinsèques influençant la réponse vaccinale

Capacité de production de vaccins antigrippaux (Vaccine 2025 J Taaffe et al.)



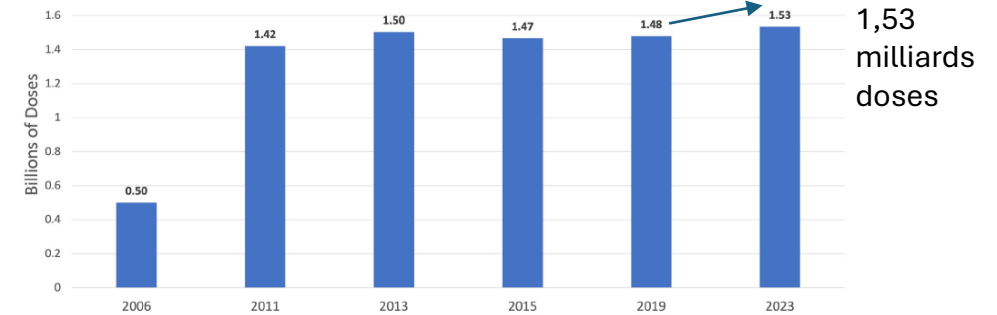
Countries with influenza vaccine production in 2023



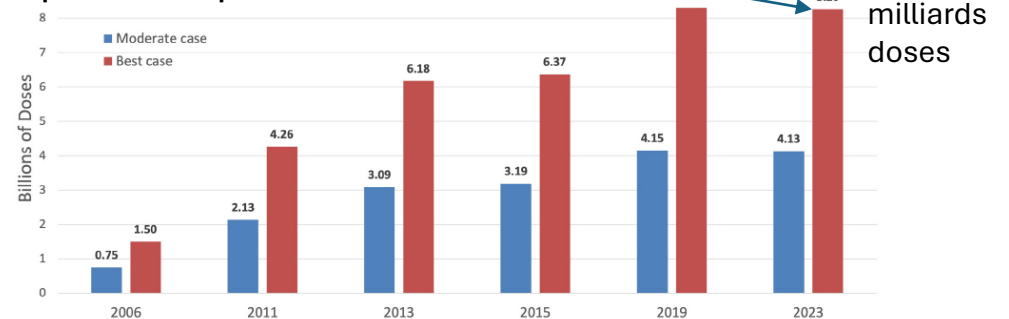
32 fabricants de vaccin (41 vaccins) dans 19 pays
Pays haut revenus: 70% doses saisonnières, 80%
pandémiques

80% (88%) vaccins produits sur œufs
11 (16%) sur culture cellulaire

Capacité de production grippe saisonnière



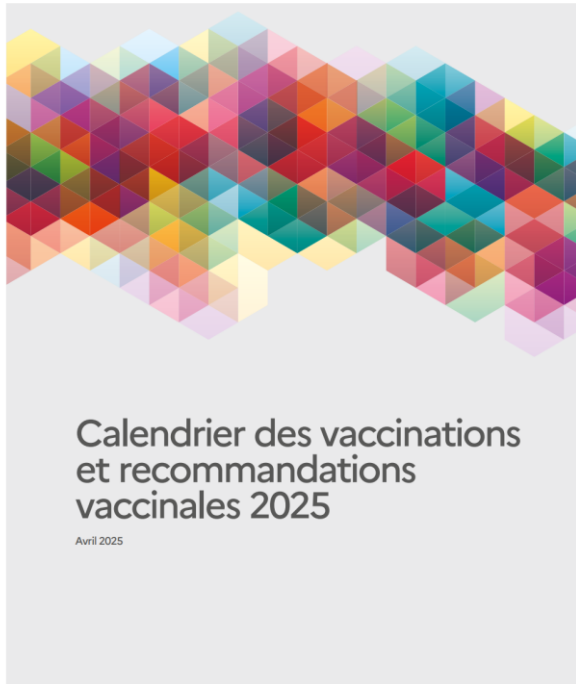
Capacité de production grippe pandémique



Délai obtention vaccin 4-6 mois
Pb: accès aux œufs, ancillaires

Calendrier vaccinal 2025

 MINISTÈRE
CHARGÉ DE LA SANTÉ
ET DE L'ACCÈS AUX SOINS
*Liberté
Égalité
Fraternité*



- DOSE UNIQUE PREVENAR 20
- VACCIN VRS (ABRYSVO, AREXVY, Mrsvia)

Attente remboursement AM

Schéma vaccinal

Chez les personnes âgées de 75 ans et plus et chez les personnes âgées de 65 ans et plus présentant des pathologies respiratoires chroniques (en particulier bronchopneumopathie chronique obstructive) ou cardiaques (en particulier, l'insuffisance cardiaque) susceptibles de décompenser lors d'une infection à VRS :

Vaccination avec une dose d'Abrysvo®, d'Arexvy® ou de mRESVIA®.

Cette vaccination ne nécessite qu'une seule dose, en amont du début de la période épidémique et jusqu'à la fin de cette période (soit de septembre à janvier).

La nécessité d'une dose de rappel n'a pas été établie à ce jour.

La co-administration des vaccins contre le VRS est possible chez les adultes à partir de 65 ans comme suit :

- Le vaccin Abrysvo® peut être administré en même temps qu'un vaccin contre la grippe saisonnière ou un vaccin contre la Covid-19 et peut aussi être administré en même temps qu'un vaccin contre la Covid-19 et un vaccin contre la grippe saisonnière.
- Le vaccin Arexvy® peut être administrés en même temps qu'un vaccin contre la grippe saisonnière.
- Le vaccin mRESVIA®, peut être administré en même temps qu'un vaccin contre la grippe saisonnière ou un vaccin contre la Covid-19.

Calendrier vaccinal 2025

	Vaccins contre :	18-24 ans	25 ans	35 ans	45 ans	65 ans	> 65 ans
Recommandations générales	Covid-19					Vaccination recommandée chez l'adulte de 65 ans et plus. 1 dose annuelle à l'automne. Dose de printemps recommandée pour les personnes de 80 ans et plus ou les résidents d'EHPAD et USLD, en respectant un délai d'au moins 3 mois après la dernière injection/ infection.	
	Diphtérie (d), Tétanos (T), Poliomyélite (P)		Rappel dTcaP ¹ ou dTP si dernier rappel de dTcaP < 5 ans		Rappel	Rappel	Rappel à 75, 85 ans...
	Coqueluche acellulaire (ca)						
	Grippe					1 dose annuelle	
	Pneumocoque					1 dose de VPC20	
	Zona					A partir de 65 ans : vaccination avec le vaccin Shingrix ; 2 doses espacées de 2 mois ²	
	VRS						A partir de 75 ans : 1 dose d'Abrysvo ou d'Arexvy ou mRESVIA
Rattrapage	Coqueluche acellulaire (ca)		1 dose dTcaP chez l'adulte jusqu'à 39 ans révolus, n'ayant pas reçu de rappel à 25 ans				
	Méningocoques ACWY (vaccin conjugué)	1 dose entre 15 et 24 ans					
	Papillomavirus humains (HPV) chez les jeunes femmes et les jeunes hommes	Schéma à 3 doses 0, 2, 6 mois (jeunes jusqu'à l'âge de 19 ans révolus)					
	Rougeole (R), Oreillons (O), Rubéole (R)	Atteindre 2 doses au total chez les personnes nées depuis 1980					
	Rubéole	1 dose de ROR chez les femmes non vaccinées en âge de procréer					

Infections respiratoires

Grippe aviaire H5N1

1997: Émergence H5N1 aviaire hautement pathogène

Octobre 2020: foyers épidémiques (Afrique, Europe, Asie et USA)

Dissémination oiseaux sauvages et élevages de volaille, vaches laitières

2024: USA Augmentation du nombre de cas humains (contacts avec animaux)
(67 cas)
6 janvier 2025: 1^{er} décès humain aux USA

Symptômes respiratoires
léger/conjonctivite
Pas encore de transmission
interhumaine



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE
*Liberté
Égalité
Fraternité*

DGS-URGENT

DATE : 24/02/25

RÉFÉRENCE : DGS-URGENT N°2025_04_REPLY

TITRE : VIGILANCE RENFORCEE VIS-A-VIS DU RISQUE DE TRANSMISSION A L'HOMME DES VIRUS INFLUENZA D'ORIGINE ZOOTIQUE – CONDUITE A TENIR

Professionnels ciblés

☐ Tous les professionnels

☒ Professionnels ciblés (cf. liste ci-dessous)

☐ Chirurgien-dentiste	☐ Audioprothésiste	☐ Podo-Orthésiste
☐ Ergothérapeute	☐ Autre professionnel de santé	☒ Sage-femme
☐ Manipulateur ERM	☐ Orthopédiste-Orthésiste	☐ Diététicien
☒ Médecin-autre spécialiste	☐ Pédiatre-Podologue	☒ Pharmacien
☒ Infirmier	☐ Opticien-Lunetier	☐ Psychomotricien
☐ Masseur Kinésithérapeute	☐ Orthoptiste	☐ Orthoprotésiste
☒ Médecin généraliste	☐ Orthophoniste	☐ Technicien de laboratoire médical

**The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE**

ESTABLISHED IN 1812 FEBRUARY 27, 2025 VOL. 392 NO. 9

Highly Pathogenic Avian Influenza A(H5N1) Virus Infections in Humans

Shikha Garg, M.D.,¹ Katie Reinhart, Ph.D.,¹ Alexia Couture, M.P.H.,¹ Krista Kniss, M.P.H.,¹ C. Todd Davis, Ph.D.,¹ Marie K. Kirby, Ph.D.,¹ Erin L. Murray, Ph.D.,² Sophie Zhu, Ph.D.,^{2,3} Vit Kraushaar, M.D.,² Debra A. Wadford, Ph.D.,² Cara Drehoff, D.V.M.,^{3,4} Allison Kohnen, D.V.M.,⁴ Mackenzie Owen, M.P.H.,⁴ Jennifer Morse, M.D.,⁵ Seth Eckel, M.P.H.,⁶ Jessica Goswitz, M.P.H.,⁷ George Turabelidze, M.D.,⁷ Steve Krager, M.D.,⁸ Anna Unutzer, M.P.H.,⁹ Emilio R. Gonzales, M.P.H.,¹⁰ Cherissa Abdul Hamid, D.V.M.,¹⁰ Sascha Ellington, Ph.D.,¹ Alexandra M. Mellis, Ph.D.,¹ Alicia Budd, M.P.H.,¹ John R. Barnes, Ph.D.,¹ Matthew Biggerstaff, Sc.D.,¹ Michael A. Jung, M.D.,¹ Malia Richmond-Crum, M.P.H.,¹ Erin Burns, M.A.,¹ Tom T. Shimabukuro, M.D.,¹ Timothy M. Uyeki, M.D.,¹ Vivien G. Dugan, Ph.D.,¹ Carrie Reed, D.Sc.,¹ and Sonja J. Olsen, Ph.D.¹

Accueil - COREB Mission Nationale

Efficacité du Baloxavir pour prévenir la transmission de la grippe (CENTERSTONE study)

Baloxavir: inhibiteur de l'endonucléase cap dépendante du virus de la grippe

« Efficace » pour traiter la grippe surtout réduction rapide de la charge virale (vs oseltamivir)

Etude de phase IIIb contrôlée double aveugle

Multicentrique 15 pays

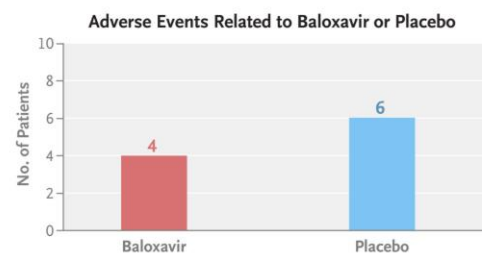
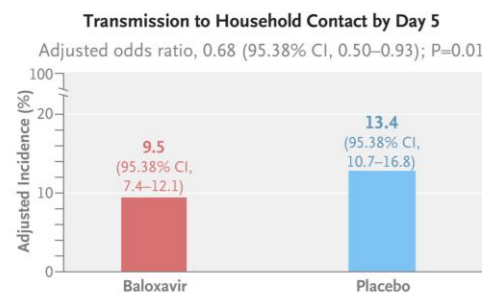
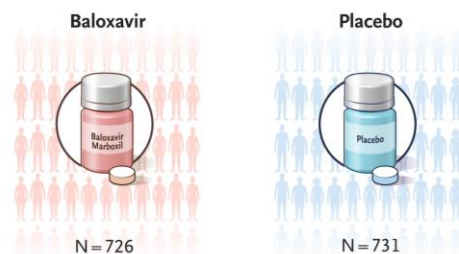
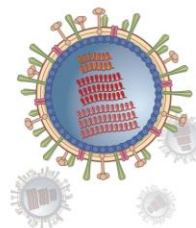
2019-2024

1457 cas index et 2681 contacts (foyer familial)

Surveillance à J5 (J9)

Patients

- 1457 influenza-positive patients; 2681 household contacts
- Age 5 to 64 years



Réduction 29 % du nombre de cas liaires (p=0,01)

Réduction des cas symptomatiques 24% (p=0,16)

Manque de puissance car taux de transmission < celui attendu (effet COVID)

Intérêt dans les EHPAD pour arrêter épidémie?

Intérêt en cas de pandémie pour gagner le temps de produire les vaccins?

Actualisation des Recommandations Pneumonie aiguës communautaires

- Diagnostic = clinique + imagerie (radio ou échographie) et scanner si non contributif,
- Microbiologie: En ambulatoire (Pas de documentation microbiologique) Hospitalisation hors forme réanimatoire (Ag légionelle si évocateur, ECBC et hémocultures selon les cas)
- Pas de PCR virale systématique pour les PAC ambulatoires, PAC hospitalisées (PCR quadriplex grippe, VRS, COVID) et autres selon le contexte (mycoplasme...)
- Pas de recommandations pour l'utilisation des biomarqueurs (PCT, CRP)
- Traitements:
 - **PAC avec comorbidité:** Amoxicilline acide clavulanique
 - **PAC avec allergie à la pénicilline :** C3G parentérale
 - **PAC avec contre indication bêtalactamines:** lévofloxacine
 - **PAC grave (soins intensifs):** C3G parentérale + macrolide + Corticoïdes
- Durée **3j à 7 j** maximum selon gravité initiale et amélioration clinique à J3 puis J5
- Pas de contrôle de l'imagerie systématique si bonne évolution

ARTICLE IN PRESS

JID: MMIFMC

Médecine et Maladies Infectieuses Formation 000 (xxxx) 1–19

[mEUGP; February 27, 2025; 12:53]



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



RECOMMANDATIONS

Actualisation des recommandations de prise en charge des pneumonies aiguës communautaires chez l'adulte par la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF) et la Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF).
Avec le soutien de la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF), de la Société Française de Microbiologie (SFM), de la Société Française de Radiologie (SFR) et de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU)

Update of guidelines for management of community acquired pneumonia in adults by French infectious disease society (SPILF) and the French speaking society of respiratory diseases (SPLF). Endorsed by French Intensive care society (SRLF), French microbiology society (SFM), French radiology society (SFR), French emergency society (SFMU)

Aurélien Dinh^{a,*}, François Barbier^b, Jean-Pierre Bedos^c, Mathieu Blot^d, Vincent Cattoir^e,

Rellecteurs : Pr François-Xavier Blanc (Pneumologie, CHU Nantes), Dr Eric Bonnet (CRATB Occitanie, Toulouse), Pr Philippe Bonniaud (Pneumologie, CHU Dijon), Dr Jean-Baptiste Bouillon (Service d'accueil des urgences, CHU Clermont Ferrand), Pr Rémy Bousageon (Médecine Générale, Lyon), Pr Sonia Burrel (Virologie, CHU Bordeaux), Pr Jacques Cadranel (Pneumologie, AP-HP Tenon), Pr Lucie Cassagnes (Radiologie, CHU Clermont Ferrand), Dr Marie Pierre Debray (Radiologie, AP-HP Bichat), Dr Sylvain Diamantis (Maladies Infectieuses, CH Melun), Dr Delphine Douillet (Service d'accueil des urgences SMUR, CHU Angers), Dr Eric Farfour (Microbiologie, CH Foch, Suresnes), Pr Muriel Fartoukh (Médecine intensive réanimation, AP-HP Tenon), Pr Gilbert Ferretti (Radiologie, CHU Grenoble), Pr Serge Gilberg (Médecine générale, Paris),

<https://doi.org/10.1016/j.mmifmc.2025.01.065>
2772-7432/© 2025 Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF). Published by Elsevier Masson SAS. All rights are reserved, including those for text and data mining, AI training, and similar technologies.

Please cite this article in press as: A. Dinh, F. Barbier, J.-P. Bedos et al., Actualisation des recommandations de prise en charge des pneumonies aiguës communautaires chez l'adulte par la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF) et la Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF). Avec le soutien de la Société de Réanimation de

Antibiothérapie sous cutanée

Voie sous cutanée en 2025

- Données pharmacocinétiques
 - Daptomycine 1 dose SC chez volontaire sain: Ok
 - Cefazoline 1 dose SC (patient): ok
 - Méropénème dose: Ok
- Données de tolérance:
 - Ceftriaxone SC (402pts) vs IV (3387):
Rétrospectif monocentrique
Groupes différents (SC + agés, + Soins pall...)
18% EI SC vs 40% IV ($p < 0,001$)
18% décès vs 9%

- À venir pour 2025

Protocole de bon usage des antibiotiques sous cutanés (SPILF/GINGER)

Passer lentement (>5 minutes) en miniflac

Cathéter adapté à la voie sous cutanée

....

Pour conclure

- Le bon usage des antibiotiques est l'affaire de tous
- Diagnostiquer et traiter les sepsis
- Mieux prendre en charge les pneumonies (traitements courts) et les patients qui inhalent
- Le meilleur traitement c'est la prévention (et la vaccination)
- A venir
 - De nouveaux vaccins! De nouveaux virus?
 - Des nouvelles recommandations (I urinaires masculines, Antibiothérapie sous cutanée...)