



Conseil Scientifique
Domaine de la Santé

ANTIBIOTHÉRAPIE DES INFECTIONS RESPIRATOIRES BASSES CHEZ L'ADULTE

EN MILIEU HOSPITALIER

(H O R M I S T U B E R C U L O S E)

TABLE DES MATIÈRES

1. Exacerbation d'une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BCPO)	p. 3
2. Pneumonie communautaire de l'adulte non immunodéprimé	p. 5
2.1. Traitement ambulatoire d'une pneumonie communautaire	p. 6
2.2. Traitement hospitalier d'une pneumonie communautaire	p. 7
2.3. Pneumonie communautaire sévère ou patient nécessitant un séjour en soins intensifs	p. 9
2.4. Pneumonie d'aspiration	p. 9
3. Pneumonie acquise à l'hôpital (survenant >48 heures après l'admission et non présente à l'admission)	p. 10
3.1. Pneumonie précoce acquise à l'hôpital (≤ 7 jours après l'admission)	p. 11
3.2. Pneumonie tardive acquise à l'hôpital	p. 12
4. Pneumonie associée au ventilateur	p. 13
5. Empyème-épanchement pleural parapneumonique	p. 14
5.1. Extrahospitalier	p. 14
5.2. Hospitalier	p. 14
6. Abscès pulmonaire	p. 15
6.1. Abscès communautaire	p. 15
6.2. Abscès acquis à l'hôpital	p. 16
7. Groupe de travail	p. 17

REMARQUES GENERALES :

- Lors de la prescription d'antibiotiques, il faut tenir compte de leurs profils de tolérance et des interactions médicamenteuses.
- La présente recommandation a été élaborée avant l'émergence du coronavirus SARS-COV-2 et ne traite pas la prise en charge de COVID-19. Elle est valable pour les cas cliniques non COVID-19.

1. EXACERBATION D'UNE BRONCHO-PNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE (BPCO)

Signes cliniques évocateurs d'une exacerbation aiguë d'une BPCO :

- Augmentation de la dyspnée
- Augmentation du volume de l'expectoration
- Expectoration purulente

L'antibiothérapie n'est pas systématique car certaines exacerbations sont d'origine virale.

La décision d'introduire une antibiothérapie dépend de la gravité de l'exacerbation.

Pathogènes	Antibiotique Traitement empirique	Durée de traitement
<ul style="list-style-type: none"> • Haemophilus influenzae • Streptococcus pneumoniae • Moraxella catarrhalis • Entero-bacteriaceae 	<p><u>Préférer si possible la prise orale :</u></p> <p>Amoxicilline/Acide clavulanique per os 1 comprimé à 875/125 mg 3x/jour</p> <p><u>Si prise orale impossible ou inappropriée :</u></p> <p>Amoxicilline/Acide clavulanique IV 2g/200mg toutes les 8 heures</p> <p><u>Ou</u></p> <p>1g/200mg toutes les 6 heures</p> <p><u>Alternative :</u></p> <p>Céfuroxime per os 500mg 2 à 3x/jour ou IV 1.5g toutes les 8 heures</p>	5 à 7 jours
	<ul style="list-style-type: none"> • En cas d'allergie sévère (IgE) aux bêtalactamines : Moxifloxacine per os ou IV 400mg 1x/jour Ou Lévofloxacine per os ou IV 750 mg 1x/jour ou 500mg 1 à 2x/jour selon le poids corporel • En cas de récurrences infectieuses fréquentes, faire un examen microbiologique des expectorations pour traitement ciblé. <p>En empirique, alterner Amoxicilline/Acide clavulanique et Moxifloxacine ou Lévofloxacine.</p>	5 à 7 jours
En présence de facteurs de risque* pour Pseudomonas aeruginosa	<p>Pipéracilline/Tazobactam IV 4g/500mg toutes les 8 heures</p> <p><u>Ou</u></p> <p>Ceftazidime IV 2g toutes les 8 heures</p> <p>En cas d'allergie sévère (IgE) aux bêtalactamines : Ciprofloxacine per os 500mg 2x/jour ou IV 400mg toutes les 12 heures</p> <p><u>Ou</u></p> <p>Lévofloxacine per os ou IV 750 mg 1x/jour ou 500mg 1 à 2x/jour selon le poids corporel</p>	<p>5 à 7 jours</p> <p>En cas d'infection confirmée à P.aeruginosa : 7 à 10 jours</p>

Remarques

- *Facteurs de risque pour *Pseudomonas aeruginosa*
 - Hospitalisation récente
 - Antibiothérapies fréquentes ou récentes
 - Portage de *Pseudomonas aeruginosa* antérieur connu
 - Présence de bronchiectasies
- **Éviter les fluoroquinolones** si utilisées dans les 3 mois précédents. Limiter l'usage des fluoroquinolones pour éviter l'émergence de résistances.
- En cas de prescription de fluoroquinolones, tenir compte de leur profil de sécurité défavorable (risque de rupture de tendon, risque de rupture d'anévrisme de gros vaisseaux, allongement de l'espace QT à l'électrocardiogramme etc.).
- Ne pas oublier la vaccination annuelle contre la grippe et la vaccination contre le *Streptococcus pneumoniae*.

2. PNEUMONIE COMMUNAUTAIRE DE L'ADULTE NON IMMUNODÉPRIMÉ

- Une pneumonie doit être suspectée en présence de toux aiguë et au moins un signe ou symptôme parmi les suivants : nouvelle anomalie à l'auscultation, dyspnée, tachypnée ou fièvre.
- Il existe des scores de gravité permettant d'orienter les patients soit vers un traitement ambulatoire, soit vers une hospitalisation : Le score CRB-65 comprend les critères suivants : une confusion mentale, une fréquence respiratoire ≥ 30 /min, une pression artérielle systolique inférieure à 90 mmHg, un âge ≥ 65 ans. Pour chaque critère présent, on attribue un point. En cas de score ≥ 2 , une hospitalisation est recommandée.
- Une radiographie des poumons est nécessaire pour confirmer le diagnostic de pneumonie, même chez le patient non hospitalisé.
- Un scanner thoracique sera demandé chez les patients immunodéprimés, ainsi que dans les cas douteux (râles à l'auscultation sans foyer radiographique, fièvre d'origine indéterminée avec critères de gravité, suspicion d'abcédation ou d'épanchement...).
- Une hémoculture, un examen direct et une culture des expectorations et, si indiqué, une ponction pleurale sont essentiels pour un diagnostic étiologique.
- La présence des antigènes urinaires respectivement de *Legionella pneumophila* (sérotype 1) et de *S. pneumoniae* a une bonne spécificité et une assez bonne sensibilité. Un résultat négatif n'exclut pas le diagnostic.
- En cas de suspicion de légionellose, la recherche de l'antigène urinaire (sérotype 1) peut être complétée par une sérologie, une PCR et/ou une culture sur les prélèvements respiratoires.
- Les sérologies des pneumopathies atypiques (*Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*) sont difficiles à interpréter.
- En cas de suspicion de grippe et de symptômes présents depuis moins de 48 heures, il faut considérer la prescription d'oseltamivir en plus du traitement antibiotique.

2.1. Traitement ambulatoire d'une pneumonie communautaire

Pathogènes	Antibiotique Traitement empirique	Durée de traitement
<ul style="list-style-type: none"> Streptococcus pneumoniae Haemophilus 	Amoxicilline per os 1g 3x/jour <u>Ou</u> Amoxicilline/Acide clavulanique per os 875/125 mg 3x/jour	5 à 7 jours*
Autres : <ul style="list-style-type: none"> Klebsiella pneumoniae Bacilles Gram-négatifs 	<u>Ou</u> Céfuroxime per os 500mg 2 à 3x/jour	5 à 7 jours*
Pneumonies atypiques: <ul style="list-style-type: none"> Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae, Chlamydia psittaci, 	En cas de non-réponse après 2 à 3 jours et dans un souci de couvrir les germes responsables des pneumonies atypiques : <u>Ajouter à la bêtalactamine:</u> Clarithromycine per os 500mg 2x/jour <u>Ou</u> Azithromycine per os 500mg 1x/jour	5 à 7 jours* 5 jours*
	En cas d'allergie sévère (IgE) aux bêtalactamines : Moxifloxacin per os 400mg 1x/jour <u>Ou</u> Lévofoxacin per os 750 mg 1x/jour ou 500mg 1 à 2x/jour selon le poids corporel	5 à 7 jours*
<ul style="list-style-type: none"> Legionella spp. 	Voir chapitre 2.2. Traitement hospitalier d'une pneumonie communautaire	

*En présence d'un épanchement pleural la durée du traitement devra être prolongée à 10 jours.

2.2. Traitement hospitalier d'une pneumonie communautaire

Pathogènes	Antibiotique Traitement empirique	Durée de traitement
<ul style="list-style-type: none"> Streptococcus pneumoniae Haemophilus influenzae Staphylococcus aureus Klebsiella pneumoniae Autres entérobactéries <p>Pneumonies atypiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> Mycoplasma pneumoniae Chlamydia pneumoniae 	<p>Amoxicilline/Acide clavulanique IV 2g/200mg toutes les 8 heures</p> <p><u>Ou</u></p> <p>1g/200mg toutes les 6 heures</p> <p><u>Ou</u></p> <p>Céfuroxime IV 1,5g toutes les 8 heures</p> <p><u>Ou</u></p> <p>Ceftriaxone IV 2g toutes 24 heures</p> <p><u>Dans les pneumopathies bilobaires ou bilatérales et en cas de non-réponse après 2 à 3 jours, dans un souci de couvrir les germes responsables pneumonies atypiques :</u> ajouter Clarithromycine per os ou IV 500mg 2x/jour</p> <p><u>En cas de mauvaise évolution, modifier l'antibiothérapie pour</u></p> <p>Pipéracilline/Tazobactam IV 4g/500mg toutes les 8 heures</p> <p><u>Ou</u></p> <p>Ceftazidime IV 2g toutes les 8 heures</p> <p>+/- Clarithromycine per os ou IV 500mg 2x/jour</p>	7 à 10 jours
	<p>En cas d'allergie sévère (IgE) aux bêtalactamines :</p> <p>Moxifloxacin per os ou IV 400mg 1x/jour</p> <p><u>Ou</u></p> <p>Lévofoxacin per os ou IV 750 mg 1x/jour ou 500mg 1 à 2x/jour selon le poids corporel</p>	7 à 10 jours
<ul style="list-style-type: none"> Legionella spp. 	<p>Lévofoxacin per os ou IV 750 mg 1x/jour ou 500mg 1 à 2x/jour selon le poids corporel</p> <p><u>Ou</u></p> <p>Clarithromycine per os ou IV 500mg 2x/jour</p> <p>Dans les formes graves de légionellose, ajouter Rifampicine per os ou IV 10mg/kg 2x/jour</p>	14 jours 21 jours

Remarques :

- Toute antibiothérapie doit être débutée endéans les 4 heures après le diagnostic et de préférence aux urgences, en particulier si signes de gravité ou suspicion de pneumonie à S. pneumoniae.
- Les bêtalactamines fortement dosées restent actives sur >99% des souches de S. pneumoniae en Belgique et au Luxembourg. Les doses reprises dans le tableau sont des doses élevées qui évitent la sélection de souches à sensibilité réduite.

- Les macrolides, y compris l'azithromycine, en monothérapie conduisent à des échecs de traitement à cause des résistances fréquentes du *Streptococcus pneumoniae*. Par contre, leur adjonction se justifie pour couvrir empiriquement les germes atypiques dans les cas les plus sévères.
- **Eviter les fluoroquinolones** si utilisées dans les 3 mois précédents. Limiter l'usage des fluoroquinolones aux allergies sévères (IgE) aux bêtalactamines pour éviter l'émergence de résistances.
- En cas de prescription de fluoroquinolones, tenir compte de leur profil de sécurité défavorable (risque de rupture de tendon, risque de rupture d'anévrisme de gros vaisseaux, allongement de l'espace QT à l'électrocardiogramme etc.).
- Pour le traitement d'une légionellose confirmée, une monothérapie par lévofloxacine pendant 14 à 21 jours constitue le traitement de choix. Dans les formes graves, il y a lieu d'y associer la rifampicine. En cas de contre-indication des fluoroquinolones, le traitement fera appel à la clarithromycine. En cas de QT long, la doxycycline constitue une alternative.
- En cas d'infection confirmée à *Mycoplasma pneumoniae* ou *Chlamydia pneumoniae*, la durée de traitement par clarithromycine sera de 14 à 21 jours.
- Critères pour le switch IV / per os : évolution clinique et biologique favorable, $t^{\circ} < 38^{\circ}\text{C}$ depuis 24h, fréquence respiratoire $< 24/\text{min}$, prise orale possible, transit gastro-intestinal normal, adhérence assurée.
- Doses pour le relais oral :
 - Amoxicilline - Acide Clavulanique : 875/125mg 3x/jour
 - Céfuroxime : 500mg 2 à 3x/jour
 - Clarithromycine : 500mg 2x/jour
 - Moxifloxacine : 400mg 1x/jour
 - Lévofloxacine : 750mg 1x/jour ou 500mg 1 à 2x/jour selon le poids corporel

2.3. Pneumonie communautaire sévère ou patient nécessitant un séjour en soins intensifs

Pathogènes	Antibiotique Traitement empirique	Durée de traitement
<ul style="list-style-type: none"> Streptococcus pneumoniae Haemophilus influenzae Staphylococcus aureus Klebsiella pneumoniae Autres bactéries Gram négatives Mycoplasma pneumoniae Rarement : Legionella spp. 	Pipéracilline/Tazobactam IV 4g/500mg toutes les 8 heures + Clarithromycine IV 500mg 2x/jour <u>Ou</u>	7 à 10 jours
	Ceftriaxone IV 2g 1x/jour + Clarithromycine IV 500mg 2x/jour +/- Amikacine 15mg/kg 1x/jour <u>Ou</u> Gentamicine 4 à 6mg/kg 1x/jour	3 jours
	En cas d'allergie sévère (IgE) aux bêtalactamines : Moxifloxacine IV 400mg 1x/jour <u>Ou</u> Lévofloxacine IV 750mg 1x/jour ou 500mg 1 à 2x/jour selon le poids corporel +/- Amikacine 15mg/kg 1x/jour <u>Ou</u> Gentamicine 4 à 6mg/kg 1x/jour	7 à 10 jours 3 jours

2.4. Pneumonie d'aspiration

Pathogènes	Antibiotique Traitement empirique	Durée de traitement
<ul style="list-style-type: none"> Bactéries Gram négatives Anaérobies 	Amoxicilline/Acide clavulanique IV 2g/200mg toutes les 8 heures <u>Ou</u> 1g/200mg toutes les 6 heures	7 à 10 jours
	En cas d'allergie sévère (IgE) aux bêtalactamines : Moxifloxacine IV 400mg 1x/jour <u>Ou</u> Clindamycine IV 600mg toutes les 6 à 8 heures <u>Plus</u> Ciprofloxacine IV 400mg toutes les 12 heures	

3. PNEUMONIE ACQUISE À L'HÔPITAL (SURVENANT > 48 HEURES APRÈS L'ADMISSION ET NON PRÉSENTE À L'ADMISSION)

- Apparition de signes cliniques non présents à l'admission (fièvre, toux, expectorations purulentes) et présence d'infiltrat à la radiographie.
- Coloration de Gram sur les expectorations, culture, antigènes urinaires pour *Legionella pneumophila* et *Streptococcus pneumoniae*.
- **Le traitement empirique initial doit tenir compte des facteurs de risque éventuels.**
- Il pourra être simplifié en fonction de la réponse au traitement et de l'identification d'un agent causal.
- En cas d'évolution clinique rapidement favorable et selon les résultats microbiologiques, un switch IV-oral peut être envisagé.
- **Facteurs de risque** : Facteurs de risque pour une infection à germes résistants: antibiothérapie ou hospitalisation dans les 3 mois précédents, multimorbidité, patient immunocompromis ou sous traitement immunosuppresseur, résident d'une institution de long séjour, plaies chroniques, portage connu d'un germe multirésistant.
- La présence de *Candida* spp. dans un prélèvement respiratoire indique uniquement une colonisation respiratoire haute et ne nécessite pas de traitement antifongique.

3.1. Pneumonie précoce acquise à l'hôpital (≤ 7 jours après l'admission)

Pathogènes	Antibiotique Traitement empirique	Durée de traitement
<ul style="list-style-type: none"> Streptococcus pneumoniae Haemophilus influenzae Staphylococcus aureus Klebsiella pneumoniae Autres bactéries Gram négatives 	<p>Amoxicilline/Acide clavulanique IV 2g/200mg toutes les 8 heures</p> <p><u>Ou</u></p> <p>Ceftriaxone IV 2g 1x/jour</p>	7 à 10 jours
Si suspicion d'infection à Legionella spp.	<p><u>Ajouter :</u></p> <p>Lévofoxacine IV 750mg 1x/jour ou 500mg 1 à 2x/jour selon le poids corporel (1^{er} choix)</p> <p><u>Ou</u></p> <p>Moxifloxacine IV 400mg 1x/jour</p> <p><u>Ou</u></p> <p>Ciprofloxacine IV 400mg toutes les 12 heures</p>	Si légionellose confirmée : 14 jours de monothérapie par fluoroquinolone
Si facteurs de risque pour une infection à MRSA (colonisation antérieure)	<p><u>Ajouter :</u></p> <p>Vancomycine IV 15mg/kg toutes les 12 heures</p> <p>En cas d'insuffisance rénale sévère ou d'intolérance à la vancomycine :</p> <p>Linézolide IV 600mg toutes les 12 heures</p>	7 à 10 jours
Si facteurs de risque pour une infection à Pseudomonas aeruginosa	<p><u>Monothérapie</u> par :</p> <p>Ceftazidime IV 2g toutes les 8 heures</p> <p><u>Ou</u></p> <p>Pipéracilline/Tazobactam IV 4g/500mg toutes les 8 heures</p> <p>+/-</p> <p>Amikacine IV 15mg/kg 1x/jour</p> <p><u>Ou</u></p> <p>Gentamicine IV 4 à 6mg/kg 1x/jour</p> <p>En cas d'allergie sévère (IgE) aux bêtalactamines :</p> <p>Lévofoxacine IV 750mg 1x/jour ou 500mg 1 à 2x/jour selon le poids corporel (1^{er} choix)</p> <p><u>Ou</u></p> <p>Moxifloxacine IV 400mg 1x/jour</p>	<p>7 à 10 jours</p> <p>3 jours</p> <p>7 à 10 jours</p>

Si facteurs de risque pour une infection à entérobactéries productrices d'ESBL ¹	Méropénem IV 1g toutes les 8 heures +/- Amikacine IV 15mg/kg 1x/jour	7 à 10 jours
	<u>Ou</u> Gentamicine IV 4 à 6mg/kg 1x/jour	3 jours

3.2. Pneumonie tardive acquise à l'hôpital (> 7 jours après l'admission)

Pathogènes	Antibiotique Traitement empirique	Durée de traitement
<ul style="list-style-type: none"> • Klebsiella pneumoniae • Autres bactéries Gram négatives • Pseudomonas aeruginosa • Legionella spp. 	Ceftazidime IV 2g toutes les 8 heures <u>Ou</u> Pipéracilline/Tazobactam IV 4g/500mg toutes les 8 heures En cas d'allergie sévère (IgE) aux bêtalactamines ou suspicion de légionellose: Lévofloxacine IV 750mg 1x/jour ou 500mg 1 à 2x/jour selon le poids corporel (1 ^{er} choix) <u>Ou</u> Moxifloxacine IV 400mg 1x/jour	7 à 10 jours Légionellose : 14 jours
Si facteurs de risque pour une infection à MRSA (colonisation antérieure)	<u>Ajouter :</u> Vancomycine IV 15mg/kg toutes les 12 heures En cas d'insuffisance rénale sévère ou d'intolérance à la vancomycine : Linézolide IV 600mg toutes les 12 heures	7 à 10 jours
Si facteurs de risque pour une infection à entérobactéries productrices d'ESBL	Méropénem IV 1g toutes les 8 heures +/- Amikacine IV 15mg/kg 1x/jour <u>Ou</u> Gentamicine IV 4 à 6mg/kg 1x/jour	7 à 10 jours 3 jours

¹ Extended Spectrum Betalactamase

4. PNEUMONIE ASSOCIÉE AU VENTILATEUR

- Les infiltrats radiologiques chez un patient sous ventilation mécanique sont souvent de nature non infectieuse; l'examen direct et les cultures des aspirations endotrachéales, des lavages broncho-alvéolaires et des prélèvements protégés sont essentiels. Toujours réaliser un prélèvement avant antibiothérapie.
- **Le traitement empirique** tiendra compte des facteurs de risque pour des bactéries multi-résistantes, du moment de survenue, de l'épidémiologie locale et des résultats de cultures de surveillance. Une antibiothérapie initiale inadaptée augmente considérablement la mortalité. Une désescalade thérapeutique en fonction de la réponse clinique et des résultats bactériologiques est à considérer le cas échéant.
- **Facteurs de risque de BMR (bactéries multirésistantes):**
 - Antibiotiques dans les 3 mois précédents
 - Hospitalisation > 7 jours
 - Patient immuno-compromis
 - Patient multimorbide
- **Si pas de confirmation du diagnostic bactériologique après 48 heures et patient non septique, envisager l'arrêt de l'antibiothérapie.**
- *Candida spp.* ne causent quasiment jamais de pneumopathies et sont en général à considérer comme colonisants.
- Prévention de la pneumonie associée au ventilateur: décontamination orale par antiseptique, ventilation non invasive plutôt qu'intubation; arrêt de la sédation le plus tôt possible ; position semi-assise.

Pathogènes	Antibiotique Traitement empirique	Durée de traitement
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Klebsiella pneumoniae</i> • Autres bactéries Gram négatives • <i>Pseudomonas aeruginosa</i> • MSSA 	Ceftazidime IV 2g toutes les 8 heures <u>Ou</u> Pipéracilline/Tazobactam IV 4g/500mg toutes les 8 heures En cas d'allergie sévère (IgE) aux bêtalactamines: Lévofloxacine IV 750mg 1x/jour ou 500mg 1 à 2x/jour selon le poids corporel (1 ^{er} choix) <u>Ou</u> Moxifloxacine IV 400mg 1x/jour	7 à 10 jours
Si facteur de risque pour une infection à MRSA (colonisation antérieure)	Ajouter : Vancomycine IV 15mg/kg toutes les 12 heures En cas d'insuffisance rénale sévère ou d'intolérance à la vancomycine : Linézolide IV 600mg toutes les 12 heures	7 à 10 jours
Si facteurs de risque pour une infection à entérobactéries productrices d'ESBL	Méropénem IV 1g toutes les 8 heures	7 à 10 jours

ANTIBIOTHERAPIE DES INFECTIONS RESPIRATOIRES BASSES CHEZ L'ADULTE EN MILIEU HOSPITALIER (HORMIS TUBERCULOSE)

5. EMPYÈME-ÉPANCHEMENT PLEURAL PARAPNEUMONIQUE

Tout épanchement pleural mérite un avis spécialisé de pneumologie pour décider de l'indication ou non d'un drainage thoracique +/- lavage +/- traitement fibrinolytique local.

Une prise en charge chirurgicale peut parfois être nécessaire (chirurgie thoracique).

Une ponction pleurale diagnostique est indiquée pour connaître la nature de l'épanchement. Un pH < 7,2, des bactéries à la coloration de Gram, un glucose < 40 mg/dl ou des LDH > 1000 UI/ml sont des indicateurs d'empyème.

Exclure une tuberculose ou une tumeur (intradermoréaction à la tuberculine ou Quantiferon TB, biopsie pleurale pour culture BK et histologie).

5.1. Extrahospitalier

Pathogènes	Antibiotique	Durée de traitement
<ul style="list-style-type: none"> Streptococcus pneumoniae Streptococcus anginosus Bactéries anaérobies Enterobacteriaceae 	Amoxicilline/Acide clavulanique IV 2g/200mg toutes les 8 heures	14 à 28 jours en fonction de l'évolution
	Céfuroxime IV 1,5g toutes les 8 heures <u>Ou</u> Ceftriaxone IV 2g 1x/jour	
	<u>Plus</u> Métronidazole IV 500mg toutes les 8 heures	
	En cas d'allergie sévère (IgE) aux bêtalactamines : Clindamycine IV 600mg toutes les 6 à 8 heures + Ciprofloxacine IV 400mg toutes les 12 heures <u>Ou</u> Moxifloxacine IV 400mg 1x/jour	

5.2. Hospitalier

→ Voir chapitre 3 (Pneumonie acquise à l'hôpital).

6. ABCÈS PULMONAIRE

Si pas de drainage spontané (p.ex. obstruction), considérer un avis pneumologique +/- chirurgie thoracique.

6.1. Abcès communautaire

Pathogènes	Antibiotique Traitement empirique	Durée de traitement
<ul style="list-style-type: none"> Streptocoques oraux Bactéries anaérobies 	Amoxicilline/Acide clavulanique IV 2g/200mg toutes les 8 heures Ou Clindamycine IV 600mg toutes les 6 heures + Ciprofloxacin IV 400mg toutes les 12 heures Ou Ceftriaxone IV 2g 1x/jour + Métronidazole IV 500mg toutes les 8 heures	4 à 6 semaines en fonction de l'évolution clinique et radiologique
	En cas de switch IV-oral : Amoxicilline/Acide clavulanique per os 875/125 mg 3x/jour Ou Clindamycine per os 600mg 3x/jour + Ciprofloxacin per os 500mg 2x/jour	

GROUPE DE TRAVAIL

GT Antibiothérapie hospitalière :

M. Yves Bruch, coordinateur du GT
membre du Conseil scientifique
Contrôle médical de la Sécurité sociale

Dr Vic Arendt, Centre Hospitalier du Luxembourg

Mme Viviane Knepper, Centre Hospitalier Emile Mayrisch

Dr Jacqueline Parmentier, Centre Hospitalier du Nord

Dr Gérard Schockmel, Hôpitaux Robert Schumann

Dr Thérèse Staub, Centre Hospitalier du Luxembourg

Les membres du GT ont déclaré les conflits d'intérêt éventuels en relation avec la thématique de cette recommandation.

Secrétariat du Conseil Scientifique
conseil-scientifique.public.lu | csc@igss.etat.lu
B.P. 1308 | L-1013 Luxembourg
26, rue Ste Zithe | L-2763 Luxembourg | T +352 247-86284 | F +352 247-86225