

**COMITE REGIONAL DU MEDICAMENT ET DES DISPOSITIFS MEDICAUX
DE LA REGION CENTRE
- CRMDM -**

COMMISSION DES
ANTI-INFECTIEUX

03 02

FICHE BON USAGE

**INFECTIONS à
Streptococcus pneumoniae
(pneumonie - otites –
méningites)**

Date de rédaction :
Octobre 2002

Date de validation :
Décembre 2002

EPIDEMIOLOGIE

S. pneumoniae est :

- la 1^{ère} cause de mortalité bactérienne en France chez l'adulte : 10 décès / 100.000 habitants / an
- la 1^{ère} cause de pneumopathie infectieuse de l'adulte avec 30-60% des pneumonies bactériennes (420 à 500 000 cas / an, 16 000 morts / an) et 20% des surinfections aiguës des broncho-pneumopathies chroniques.
- à l'origine de 60% des cas de méningites purulentes communautaires de l'adulte (500 cas / an)
- l'une des deux étiologies les plus fréquentes de l'otite moyenne aiguë de l'enfant et de la sinusite aiguë bactérienne de l'adulte

Résistances aux antibiotiques

Le traitement antibiotique des infections à *S. pneumoniae* est compliqué par la fréquence (50%) de souches de sensibilité diminuée à la pénicilline (PSDP). La conséquence est une modification de l'activité intrinsèque de toutes les bêta-lactamines associée à celle d'autres classes d'antibiotiques notamment les macrolides, les cyclines et le cotrimoxazole.

Prévalence des PSDP à l'échelon national et dans la Région Centre et en fonction des localisations infectées (données de l'Observatoire régional du pneumocoque)

Année	Nombre de souches	PSDP
1997 - Région Centre	714	47.3%
1999 - Région Centre	815	56.7%
		(Adultes 49.6% - Enfants 69.75%)
2001 - Région Centre	227	56.8%
Moyenne nationale 2001	5804	55.4%

Localisations infectées	Nombre de souches Région Centre 1999	PSDP
Pus d'oreille	120	85.7%
Sinus	100	58%
Prélèvement respiratoire non protégé	253	57.9%
Prélèvement respiratoire protégé	82	52.4%
Hémocultures	153	41.9%
LCR	20	40%

Bactériologie

Tout isolement de *S. pneumoniae* en 2002 doit faire l'objet de la mesure de la concentration minimale inhibitrice (CMI) vis à vis de la pénicilline G, de l'amoxicilline, du céfotaxime et/ou de la ceftriaxone voire de l'imipénem

**Rappel : toute prescription d'antibiothérapie nécessite
une réévaluation clinique et bactériologique à la 48^{ème} heure**

Principes généraux

L'émergence des pneumocoques de sensibilité diminuée à la pénicilline G (PSDP) accroît le risque **d'échec thérapeutique** plus particulièrement dans les sites où les antibiotiques diffusent mal tels que l'oreille moyenne (otite) ou le liquide céphalo-rachidien (méningite)

La prescription antibiotique initiale probabiliste n'est donc pas identique dans la **pneumonie**, **l'otite moyenne aiguë** ou la **méningite** à *S. pneumoniae*

Pour chaque situation clinique, se référer à la fiche thérapeutique spécifique du CRMDM

PNEUMONIE : amoxicilline 50 mg/kg/j

L'**amoxicilline** reste le traitement de référence dans la pneumonie communautaire de l'adulte sain sans facteur de gravité

Une posologie d'amoxicilline de 50 mg/kg/j (**per os ou IV**) est suffisante **quelque soit le niveau de sensibilité de *S. pneumoniae* à la pénicilline G** (données 2002)

Une pneumonie bactériémique ne justifie pas l'augmentation de la posologie

L'utilisation de l'association amoxicilline - acide clavulanique n'apporte aucun bénéfice par rapport à l'amoxicilline seule sur *S. pneumoniae* mais permet de traiter également *Haemophilus influenzae*, *Klebsiella pneumoniae*, les anaérobies. Dans les pneumonies, cette association ne doit être prescrite que chez l'adulte avec facteurs de comorbidité

OTITE de l'enfant : amoxicilline 80 mg/kg/j

L'**amoxicilline + acide clavulanique** reste le traitement de référence. Le CRMDM ne recommande pas l'utilisation des céphalosporines orales de 3^{ème} génération dans cette indication

En première intention : une posologie d'amoxicilline de **80 mg/kg/j** doit être utilisée

L'utilisation de l'association amoxicilline-acide clavulanique n'apporte aucun bénéfice par rapport à l'amoxicilline seule sur *S. pneumoniae* mais permet de couvrir également *Haemophilus influenzae*.

En cas d'échec clinique sous amoxicilline :

Paracentèse pour prélèvement bactériologique : culture, CMI à la pénicilline G

Traitement antibiotique :

- CMI pénicilline G ≤ 1 mg/ ou $\mu\text{g/ml}$: **amoxicilline 150 mg/kg/j** en 3 prises
- CMI pénicilline G > 1 mg/l ou $\mu\text{g/ml}$: **ceftriaxone 50 mg/kg/j** IM pendant 3 jours

MENINGITES : céfotaxime/ceftriaxone + vancomycine

L'amoxicilline n'est pas le traitement probabiliste de référence

Près d'une fois sur deux, les souches de PSDP cause de méningites ont une moindre sensibilité aux céphalosporines de 3^{ème} générations parentérales (céfotaxime/ceftriaxone) : ces substances ne doivent pas être utilisées en monothérapie.

Traitement antibiotique initial probabiliste (posologies hors insuffisance rénale) : **bithérapie parentérale** associant

- 1- céfotaxime : 200-300 mg/kg/j en 4 perfusions **ou** ceftriaxone : 100 mg/kg/j en 2 perfusions
- 2- la vancomycine : 40-60 mg/kg/j en 4 perfusions lentes d'une heure

En cas de méningite à *S pneumoniae* confirmée bactériologiquement, le traitement antibiotique pourra être secondairement modifié en fonction des valeurs de CMI au céfotaxime/ceftriaxone/amoxicilline

- CMI céfotaxime/ceftriaxone ≥ 0.5 mg/l ou $\mu\text{g/ml}$: poursuite de la **bithérapie**
- CMI céfotaxime/ceftriaxone < 0.5 mg/l ou $\mu\text{g/ml}$: **désescalade thérapeutique** et retour à une **monothérapie** par céfotaxime : 150-200 mg/kg/j en 4 perfusions **ou** ceftriaxone : 75-100 mg/kg/j en 1 à 2 perfusions
- CMI amoxicilline < 0.5 mg/l ou $\mu\text{g/ml}$: **désescalade thérapeutique** et retour à une **monothérapie** par amoxicilline : 200 mg/kg/j