



Centre Hospitalier Régional
Universitaire de Lille



Pneumonies aiguës communautaires chez l'adulte

Nouvelles recommandations SPILF – SPLF 2025

31^{ème} JRPI : Journée Régionale de Pathologie Infectieuse
Mardi 7 octobre 2025

Dr. Grégoire SALTIEL

Service de Maladies infectieuses et Tropicales
Centre Hospitalier Universitaire de Lille

gregoire.saltiel@chu-lille.fr

Recommandations 2025

Médecine et Maladies Infectieuses Formation

Volume 4, Issue 2, June 2025, Pages 119-137

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).

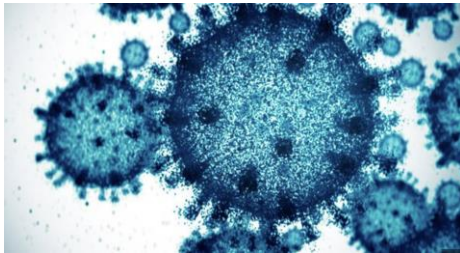
Avec le soutien de la Société de Réanimation de Langue Française, (SRLF), de la Société Française de Microbiologie (SFM), de la Société Française de Radiologie (SFR) et de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU)

Aurélien Dinh ^{a,*}, François Barbier ^b,
Jean-Pierre Bedos ^c, Mathieu Blot ^d, Vincent Cattoir ^e,
Yann-Erick Claessens ^f, Xavier Duval ^g, Pierre Fillâtre ^h,
Maxime Gautier ⁱ, Yann Guegan ^j, Sophie Jarraud ^k,
Alban Le Monnier ^l, David Lebeaux ^m, Paul Loubet ⁿ,
Constance de Margerie ^o, Philippe Serayet ^p,
Yacine Tandjaoui-Lambotte ^{q,r}, Emmanuelle Varon ^s,
Yves Welker ^t, Damien Basille ^{r,u,v}



Ce qui n'est pas abordé dans ces recommandations

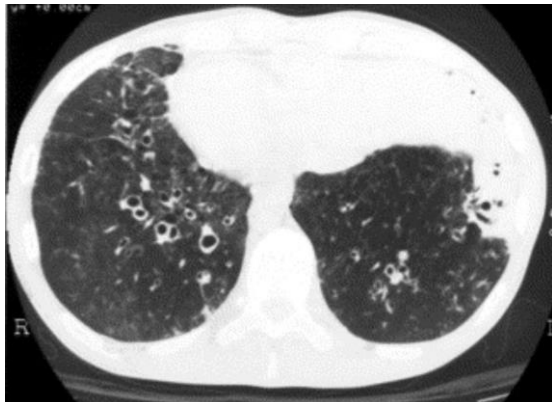
**Infections respiratoires virales non
surinfectées**



Pneumonies d'inhalation

Recommandations pour la prise en charge
des pneumonies d'inhalation – Société de
Pathologie Infectieuse de Langue Française
2025

Dilatation des bronches/Mucoviscidose



Exacerbation de BPCO

Choix et durées
d'antibiothérapies dans les
exacerbations aiguës de
bronchopneumopathie
chronique obstructive
(EABPCO)

Définitions

Signes de gravité, critères d'hospitalisation et comorbidités

PAC grave : 1 critère majeur ou 3 mineurs

Tableau 1 Définition d'une pneumonie aiguë grave si présence d'un critère majeur ou d'au moins 3 critères mineurs (selon ATS/IDSA) [86–90,131].

Critères majeurs

Choc septique
Déresse respiratoire nécessitant recours à la ventilation mécanique

Critères mineurs

Fréquence respiratoire ≥ 30 cycles/min
 $\text{PaO}_2/\text{FIO}_2 \leq 250^*$
Infiltrats multilobaires (*i.e.*, ≥ 2)
Confusion/désorientation
Urée plasmatique $\geq 7,14$ mmol/L
Leucopénie (leucocytes $< 4\,000/\text{mm}^3$)[†]
Thrombocytopénie (plaquettes $< 100\,000/\text{mm}^3$)
Hypothermie (température corporelle $< 36\text{ °C}$)
Hypotension nécessitant une expansion volémique

* (FiO_2 estimée par la formule : $\text{FiO}_2 = 0,21 + 0,03 \times \text{débit O}_2$ (L/min) [132].

[†] Due à l'infection seule (*i.e.*, pas la chimiothérapie anticancéreuse).

Critère d'hospitalisation : Cf. 2010

L'algorithme décisionnel pour identifier le lieu de prise en charge ainsi que les scores de gravité n'ont pas été rediscutés : il convient donc pour cela de se reporter aux recommandations de 2010 [1].

Comorbidités

Tableau 3 Liste des comorbidités à considérer dans le choix d'une antibiothérapie probabiliste pour une PAC.

Comorbidités modifiant le choix d'antibiothérapie probabiliste pour une PAC

Hospitalisation dans les trois mois précédents
Antibiothérapie dans le mois précédent*
Éthylisme chronique
Troubles de la déglutition
Maladie neurologique sévère avec risque de fausses routes**
Néoplasie active
Immunodépression***
BPCO sévère ($\text{VEMS} < 50\%$ de la théorique) ou insuffisance respiratoire chronique (OLD ou VNI)
Insuffisance cardiaque congestive
Insuffisance hépatique
Insuffisance rénale chronique ($\text{DFG} < 30\text{ mL/min}$)



L'âge sans comorbidité n'est pas un critère à prendre en compte.

PAC à bactérie atypique ?

Tableau 2 Éléments faisant suspecter une pneumonie aiguë communautaire (PAC) à bactérie atypique (faible sensibilité et spécificité) [133–135].

	PAC à <i>Mycoplasma pneumoniae</i>	Légionellose
Contexte	Épidémies (familiale, institution) Non réponse à 48 h–72 h de traitement par bêtalactamine bien conduit	- Situation à risque (voyage, exposition à de l'eau en aérosols, etc.) - Non-réponse à 48 h–72 h de traitement par bêtalactamine bien conduit
Terrain	Jeune > âgé	Comorbidités, immunodépression
Clinique	- Progressif : tableau de toux fébrile trainante, signes respiratoires hauts - Signes extra-respiratoires : cutanéomuqueux, digestifs, neurologiques (céphalées), myalgies, arthralgies	- Rapidement progressif (2 à 3 jours) - Signes extra-respiratoires : digestifs (douleurs abdominales, diarrhées, vomissements), neurologiques (troubles de conscience, céphalées), myalgies, pouls dissocié
Biologie	Anémie hémolytique, insuffisance rénale	Insuffisance rénale, hyponatrémie, cytolyse, rhabdomyolyse
Radiologie	- Infiltrat non systématisé des deux bases - Syndrome interstitiel micronodulaire centrolobulaire – bronchiolite ± infiltrats alvéolaires	Opacités alvéolaires uni- ou bilatérales

Importance en hospitalisation de rechercher des signes extra-respiratoires **cliniques** et **biologiques** (NFS - bilan hépatique – CPK)

Diagnostic

Utilisation des biomarqueurs

2. Recommandations 2025

Au cours des PAC (ambulatoires ou hospitalisées), le dosage de la CRP n'est pas recommandé de manière systématique pour le diagnostic et/ou le suivi des PAC (Grade C-1).

2. Recommandations 2025

Au cours des PAC ambulatoires ou hospitalisées, le dosage de la PCT n'est pas recommandé de manière systématique pour le diagnostic et/ou le suivi des PAC (Grade C-1).

Utilisation de la PCT pour raccourcir la durée d'antibiothérapie ?

Plusieurs essais et métaanalyses ont montré l'intérêt du dosage de la PCT pour raccourcir de manière sûre la durée de traitement antibiotique au cours des infections respiratoires hospitalisées, mais ce raccourcissement n'allait jamais en deçà des durées recommandées [68–70].

Un essai randomisé réalisé en aveugle a ainsi montré l'absence d'impact du dosage de la PCT dans la réduction de la durée de l'antibiothérapie des infections respiratoires basses hospitalisées en comparaison à une prise en charge de qualité et/ou conforme aux recommandations reposant sur la seule évaluation clinique [71].

Prélèvements microbiologiques

ECBC

Ambulatoire

Non

PAC hospitalisée non grave

Sous conditions

PAC hospitalisée grave

Privilégier les prélèvements profonds

- Dans les PAC ambulatoires, il n'est pas recommandé de réaliser d'ECBC (Grade C-2) ;

- Dans les PAC hospitalisées non graves, il est recommandé de réaliser un ECBC en cas de sécrétions muco-purulentes (sous réserve d'un examen de bonne qualité avec acheminement rapide au laboratoire [84]), et particulièrement dans les situations suivantes (Grade C-2) :

- Patients traités de manière probabiliste par une antibiothérapie non conventionnelle (autre qu'amoxicilline, amoxicilline-acide clavulanique, macrolides ou C3G parentérale),
- Patients préalablement connus pour une infection respiratoire à SARM ou à *Pseudomonas aeruginosa*,
- Patients hospitalisés qui ont reçu une antibiothérapie parentérale dans les trois derniers mois,
- En cas de non-réponse au traitement antibiotique de première ligne et/ou d'évolution défavorable (72 h).

- Dans les PAC hospitalisées graves, en particulier si le patient est intubé et ventilé, il est recommandé de réaliser un examen direct microscopique après coloration de Gram et d'une mise en culture à partir d'un prélèvement respiratoire (en privilégiant les prélèvements profonds : aspiration trachéale, prélèvement distal protégé, lavage bronchoalvéolaire) (Grade C-2).

Levons le pied sur l'ECBC

On soulignera le manque de preuves de haut niveau démontrant que l'obtention d'un ECBC améliore le pronostic individuel des patients. En effet, les études qui ont spécifiquement évalué les performances de l'examen direct après coloration de Gram des crachats et de la culture [76–79], ou en combinaison avec d'autres tests microbiologiques [80–83], n'ont pas démontré d'amélioration du pronostic des patients.

Prélèvements microbiologiques

Antigénuries	Ambulatoire	PAC hospitalisée non grave	PAC hospitalisée grave
	Non	<i>Legionella</i> sous conditions	<i>Légionella</i> et pneumocoque
Hémocultures	Ambulatoire	PAC hospitalisée non grave	PAC hospitalisée grave
	Non	Sous conditions	Oui

Dans les PAC ambulatoires : il n'est pas recommandé de réaliser d'antigénurie *Legionella*² ou pneumocoque (Grade C-2) ;

Dans les PAC hospitalisées non graves : il n'est pas recommandé de réaliser d'antigénurie pneumocoque (Grade B-2). Il n'est pas non plus recommandé de réaliser d'antigénurie *Legionella*, sauf en cas d'arguments évocateurs (cf. [Tableau 2](#)) (Grade B-2) ;

Dans les PAC hospitalisées graves, il est recommandé de réaliser une antigénurie pneumocoque et *Legionella*² (Grade B-1).

Idem ECBC

Dans les PAC ambulatoires, il n'est pas recommandé de réaliser d'hémocultures (avis d'expert) ;

Dans les PAC hospitalisées non graves, il est recommandé de réaliser des hémocultures uniquement (avis d'expert) :

- en cas de doute diagnostique,
- en cas d'immunodépression,
- chez les patients traités de manière probabiliste par une antibiothérapie non conventionnelle (autre qu'amoxicilline, amoxicilline-acide clavulanique ou C3G parentérale),
- chez les patients avec antécédents d'infection respiratoire à SARM ou à *Pseudomonas aeruginosa* ;
- chez les patients hospitalisés qui ont reçu une antibiothérapie parentérale dans les trois derniers mois ;
- en cas de non réponse au traitement antibiotique de première ligne et/ou d'évolution défavorable à 72 h.

Dans les PAC hospitalisées graves, il est recommandé de réaliser systématiquement des hémocultures (Grade B-1).

Prélèvements microbiologiques

Biologie moléculaire

PCR spécifiques

PCR nasopharyngée quadriplex

Influenzae A et B, SARS-CoV-2, VRS

PCR nasopharyngée simplex

Mycoplasma pneumoniae
Chlamydiae pneumoniae
Bordetella pertussis

PCR syndromique : « *Multiplex* »

Panel respiratoire haut (nasopharyngé)

- **Virus** : 10-15
- **+/- Bactéries atypiques** : *M. pneumoniae*, *C. pneumoniae* +/- *B. pertussis*, *B. parapertussis* et *L. pneumophila* (mauvaise performance sur panel haut)

Panel respiratoire bas (aspiration bronchique, PDP, LBA)

- **Virus** : 9
- **Bactéries** : 18 (15 « cultivables et 3 atypiques)
- **Gènes de résistance** : BLSE, carbapénémases, etc.

Prélèvements microbiologiques

Biologie moléculaire

Ambulatoire

Non

PAC hospitalisée non grave

Sous conditions

PAC hospitalisée grave

Sous conditions

Dans les PAC ambulatoires : la recherche des virus respiratoires ainsi que l'utilisation des PCR syndromiques ne sont pas recommandées (avis d'expert) ;

Dans les PAC hospitalisées non graves :

PCR virale quadriplex

Selon contexte épidémique

PCR multiplex nasopharyngée

D'emblée ou en seconde intention (si PCR quadriplex négative) :

- lorsqu'une recherche de bactéries atypiques (notamment *M. pneumoniae*) est envisagée (en fonction de la présentation clinique et/ou de l'épidémiologie) et si la PCR spécifique n'est pas disponible,
- si la mise en évidence d'un virus autre que VRS/Grippe A et B/SARS-CoV-2 peut influencer sur la prise en charge du patient (désescalade ou arrêt des antibiotiques, isolement).

Dans les PAC hospitalisées graves :

PCR virale quadriplex

Selon contexte épidémique

PCR syndromique nasopharyngée

Idem PAC hospitalisée non grave

PCR multiplex sur prélèvement profond

D'emblée ou en seconde intention (si PCR quadriplex négative) :

- lorsqu'une antibiothérapie non conventionnelle est utilisée en traitement probabiliste (c'est-à-dire différente de l'association C3G+Macrolide)
- lorsqu'une recherche de bactéries atypiques (en particulier *Legionella*³) est envisagée, en fonction de la présentation et de l'épidémiologie, et si la PCR *Legionella* spécifique n'est pas disponible.

Imagerie : Diagnostic

PAC : Diagnostic radio-clinique (*initiation de l'antibiothérapie sans attendre la confirmation radiologique*)

Échographie pleuropulmonaire

Dans les suspicions de PAC ambulatoires et hospitalisées (graves et non graves), l'échographie pleuropulmonaire clinique est un outil fiable du diagnostic de pneumonie et peut être proposée en première intention en alternative à la radiographie thoracique, sous réserve d'une formation préalable validée du praticien.

Radiographie thoracique

Dans les PAC ambulatoires, une imagerie thoracique (radiographie de thorax de bonne qualité ou échographie pleuropulmonaire) est recommandée pour diagnostiquer une pneumonie, et il est souhaitable de l'obtenir dans un délai court (inférieur à trois jours) (**Grade B-2**) ;

Dans les PAC hospitalisées non graves et graves, une imagerie pulmonaire (radiographie pulmonaire [RP] ou échographie pleuropulmonaire, voire scanner) est recommandée (**Grade B-2**).

Scanner thoracique

Dans les PAC ambulatoires, il n'est pas recommandé d'utiliser le scanner thoracique pour le diagnostic de PAC en première intention (**Grade C-1**) ;

Dans les PAC hospitalisées (non graves et graves), il est recommandé de réaliser un scanner thoracique faible-dose chez les patients pour lesquels il existe un doute diagnostique à l'issue de l'évaluation initiale reposant sur la combinaison de signes cliniques et des résultats de la radiographie pulmonaire ou de l'échographie pleuropulmonaire (**Grade B-1**).

En outre, la sémiologie radiologique du scanner thoracique, même si non spécifique, peut parfois orienter le diagnostic étiologique (en particulier chez le patient immunodéprimé) et ainsi modifier le choix de l'antibiothérapie probabiliste [118–120].

Imagerie : Suivi

Scanner thoracique

Dans les PAC ambulatoires et hospitalisées (grave et non graves) : il est recommandé de réaliser un scanner thoracique en cas de :

- non-amélioration ou aggravation des signes respiratoires à H72 malgré un traitement de première intention bien conduit (**avis d'expert**),
- facteur de risque de cancer (dépistage) : âge supérieur ou égal à 50 ans associé à un tabagisme (20 ou plus paquets-année, actif ou sevré depuis moins de 15 ans) après un délai d'au moins deux mois (**Grade C-2**) et information du patient dans le cadre d'une décision partagée.

Traitement

Prise en charge d'une PAC en ambulatoire

Tableau 5 Antibiothérapie probabiliste des PAC chez l'adulte en ambulatoire.

	1 ^{er} choix	Alternative
Sans comorbidité	Amoxicilline	Pristinamycine
Au moins une comorbidité*	Amoxicilline-acide clavulanique	C3G parentérale
Suspicion de co/surinfection bactérienne d'une infection virale (grippe)	Amoxicilline-acide clavulanique	C3G parentérale ou pristinamycine
Tableau évocateur d'infection ou mise en évidence de bactérie atypique	Macrolide	Pristinamycine ou doxycycline
Réévaluation à 72 h		

* cf. [Tableau 3](#).

NB : La lévofloxacine est indiquée uniquement si allergie grave aux bêtalactamines et pas d'autre possibilité thérapeutique.

En cas d'échec ?

- En cas d'échec de l'antibiothérapie de première ligne par bêtalactamine : relais par un macrolide lors de la réévaluation à H72 (**Grade C-1**) ;
- En cas d'échec de l'antibiothérapie par macrolide : relais par bêtalactamine (amoxicilline ou amoxicilline-acide clavulanique ou C3G injectable selon la présence de comorbidités) lors de la réévaluation à H72 (**Grade C-1**).

Prise en charge d'une PAC non grave hospitalisée

Tableau 6 Antibiothérapie probabiliste des PAC non graves chez l'adulte hospitalisé.

	1 ^{er} choix	Alternative
Sans comorbidités	Amoxicilline	C3G parentérale
Avec comorbidités	Amoxicilline-acide clavulanique	
Suspicion de co/surinfection bactérienne d'une infection virale (grippe)	Amoxicilline-acide clavulanique	
Tableau évocateur d'infection à bactérie atypique	Macrolide	Lévoﬂoxacine*
Réévaluation à 72 h		

Réévaluation à 72 h et désescalade en fonction de l'évolution clinique et des examens microbiologiques.

* Lévoﬂoxacine : uniquement si allergie grave aux bêta-lactamines ou si contre-indication aux macrolides en cas de suspicion de bactérie atypique.

Au cours des PAC non graves, une bithérapie probabiliste associant bêta-lactamine et macrolide ou fluoroquinolone n'est pas recommandée (monothérapie par macrolide si suspicion de bactérie atypique, notamment *L. pneumophila*) (Grade A-1) ;

Quelle voie d'abord en hospitalisation ?

per os ou injectable

Quelle différence avec la prise en charge ambulatoire ?

La pristinamycine n'a pas sa place chez les patients hospitalisés (Grade C-1) ;

Et en cas d'échec ?

- En cas d'échec de l'antibiothérapie par bêta-lactamine lors de la réévaluation à H72, il convient de réaliser un bilan complet avec recherche de complication et/ou de bactéries résistantes à une antibiothérapie de première ligne. Plusieurs options sont alors possibles :
 - Discussion de drainage pleural en cas d'épanchement,
 - Élargissement du spectre par une bêta-lactamine selon le contexte et les résultats microbiologiques,
 - Relais par un macrolide si forte suspicion de bactérie atypique (Grade C-1).

Prise en charge d'une PAC grave hospitalisée

Tableau 8 Antibiothérapie probabiliste des PAC graves chez l'adulte hospitalisé.

	Molécule(s)	Allergie/alternative
Initiale	C3G parentérale + macrolide	Lévofoxacine (uniquement si allergie contre-indiquant l'utilisation de bêtalactamine)
Désescalade	La plus précoce possible selon l'évolution clinique et la documentation microbiologique	

Tableau 9 Antibiothérapie probabiliste et dirigée de la PAC grave suspectée* ou confirmée à *Staphylococcus aureus* sécréteur de toxine de leucocidine de Panton-Valentine (LPV) chez l'adulte.

	Molécule(s)	Allergie/alternative
Initiale (probabiliste)	C3G parentérale (céfotaxime ou ceftriaxone) + macrolide + linézolide	C3G parentérale (céfotaxime ou ceftriaxone) + vancomycine + clindamycine** <u>En cas d'allergie aux bêta-lactamines :</u> lévofoxacine + linézolide
Désescalade lors de la documentation		
SASM LPV+	Pénicilline M (IV) ou céfazoline + Clindamycine ou rifampicine	1) Vancomycine + clindamycine ou rifampicine ou 2) Linézolide
SARM LPV+	Linézolide	Vancomycine + clindamycine ou rifampicine

* Contexte post-grippal, gravité, présentation évocatrice : hémoptysie, leucopénie, rash cutané et pneumonie nécrosante (nodules multiples, images excavées).

Prise en charge d'une PAC à bactérie atypique

Tableau 7 Antibiothérapie probabiliste et dirigée des PAC en cas de bactérie atypique suspectée ou diagnostiquée chez l'adulte.

Antibiothérapie en cas de bactérie atypique		
	Molécule	Allergie/alternative
Légionellose	Macrolide*	Si forme grave ou contre-indication aux macrolides : lévofloxacine
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	Macrolide*	Cycline Si contre-indication aux macrolides et aux cyclines : lévofloxacine
<i>Chlamydophila pneumoniae</i>	Macrolide*	Cycline Si contre-indication aux macrolides et aux cyclines : lévofloxacine

* Macrolides : azithromycine, clarithromycine, roxithromycine, spiramycine.

Une bithérapie n'est pas recommandée dans les PAC avec documentation bactériologique (y compris celles à *L. pneumophila*)

Macrolides versus fluoroquinolones pour *Legionella pneumophila* :

Les pneumonies à *Legionella pneumophila* font l'objet de peu de publications récentes. Les résultats des études et des méta-analyses sont discordants quant à la supériorité des fluoroquinolones *versus* les macrolides [15–19]. Cependant, une large étude rétrospective réalisée en réanimation suggère un bénéfice des fluoroquinolones [18].

Quand utiliser une bêta-lactamine anti-*Pseudomonas* ?

PAC non grave

En cas d'antécédent de colonisation ou d'infection < 1 an à *P. aeruginosa*

PAC grave

En cas d'antécédent de colonisation ou d'infection < 1 an à *P. aeruginosa*

En cas de FDR : ATB IV < 3 mois, BPCO sévère, DDB et/ou trachéotomie

Quelle molécule ?

Tazocilline ou Céfépime

L'aztréonam et la ceftazidime n'ont pas d'activité intrinsèque sur les pathogènes à Gram positif responsables de PAC (notamment *Streptococcus pneumoniae*) et ne doivent pas être utilisés pour l'antibiothérapie probabiliste d'un patient avec PAC (avis d'expert) ;

L'antibiothérapie probabiliste d'une PAC grave chez un patient à risque de *P. aeruginosa* devra également comporter une molécule active sur les bactéries atypiques (Grade B-1).

Quelle durée ?

Nouveauté 2025

Tableau 11 Critères de stabilité clinique au cours des PAC [136]

Critères de stabilité clinique	Valeurs
Température	$\leq 37,8^{\circ}\text{C}$
Pression artérielle systolique	$\geq 90\text{ mmHg}$
Fréquence cardiaque	$\leq 100/\text{min}$
Fréquence respiratoire	$\leq 24/\text{min}$
SpO ₂	$\geq 90\%$ en air ambiant
ou PaO ₂	$\geq 60\text{ mmHg}$ en air ambiant

PAC avec critères de stabilité à **J3**

3 jours (A1)

PAC avec critères de stabilité entre **J3 et J5**

5 jours (B1)

PAC avec critères de stabilité entre **J5 et J7**
(rechercher une complication +++)

7 jours (A1)

Un traitement supérieur à 7 jours doit être argumenté



Réévaluation précoce des patients :

Nouvelle consultation ? Téléconsultation ? Consignes de reconsultation ?



Patient **immunodéprimé** (asplénie, neutropénie, hypogammaglobulinémie, greffé, corticothérapie, VIH, cirrhose CHILD C, myélome, lymphome)

7 jours

Quelle place pour les corticostéroïdes ?

PAC grave hospitalisée

HSHC 200 mg/jour, à débuter dans les 24h

Au cours des PAC non graves (ambulatoires ou hospitalisées), l'adjonction de corticoïdes n'est pas recommandée (Grade A-2) ;

Au cours des PAC graves hospitalisées en soins critiques, l'adjonction d'hémisuccinate d'hydrocortisone, débutée dans les 24 heures suivant l'apparition des signes de gravité et à la posologie de 200 mg par jour, avec une réévaluation au quatrième jour pour statuer sur la décroissance pour une durée totale de 8 à 14 jours, est recommandée en dehors d'un contexte de myélosuppression, de pneumonie d'inhalation ou d'étiologie grippale (Grade A-1).

Hydrocortisone in Severe Community-Acquired Pneumonia

P.-F. Dequin, F. Meziani, J.-P. Quenot, T. Kamel, J.-D. Ricard, J. Badie, J. Reignier, N. Heming, G. Plantefève, B. Souweine, G. Voiriot, G. Colin, J.-P. Frat, J.-P. Mira, N. Barbarot, B. François, G. Louis, S. Gibot, C. Guitton, C. Giacardi, S. Hraiech, S. Vimeux, E. L'Her, H. Faure, J.-E. Herbrecht, C. Bouisse, A. Joret, N. Terzi, A. Gacouin, C. Quentin, M. Jourdain, M. Leclerc, C. Coffre, H. Bourgoin, C. Lengellé, C. Caille-Fénérol, B. Giraudeau, and A. Le Gouge, for the CRICS-TriGGERSep Network*

MAY 25, 2023

Outcome	Hydrocortisone	Placebo	Treatment Effect (95% CI)	P Value
Primary outcome				
Death by day 28 — no./total no. (%)	25/400 (6.2)	47/395 (11.9)	Difference, -5.6	0.006

Recommandations 2025 : Conclusion

- **Biomarqueurs non systématiques**
- **Imagerie systématique :**
 - Place de l'échographie pleuropulmonaire dans le futur ? (Si opérateur entraîné +++)
 - Scanner thoracique non systématique
- **Microbiologie :**
 - ECBC non systématique
 - Place des PCR multiplex à mieux définir
- **Traitement :**
 - Disparition du critère d'âge des comorbidités
 - Monothérapie dans l'immense majorité des cas
 - Utilisation de durées individualisées