

Pneumopathie acquise sous ventilation mécanique

Poser le diagnostic (ce n'est pas une simple bronchite, ni une simple colonisation bactérienne)

Clinique + microbiologique

On peut s'aider d'un score comme le CPIS (clinical pulmonary infection score)

	0 point	1 point	2 points
Secrétions bronchiques	rare	Abondantes	Abondantes et purulentes
Oxygène requérence	P/F > 240 ou SDRA connu		P/F < 240
Température	36,5-38,4°C	38,5-38,9°C	<36 ou >39
Leucocytes	4-11G/L	<4G/L ou > 11G/L	>17G/L
Radiographie thoracique	Pas de foyer	Infiltrat diffus	Infiltrat localisé

- Si CPIS est ≥ 6 : faire un prélèvement pulmonaire et 2 hémocultures (même en l'absence de fièvre)
- Si CPIS < 6 ou critères non remplis : pas de prélèvement pulmonaire en première intention, recherche diagnostic alternatif (risque d'avoir un germe + et pas savoir faire la différence avec une colonisation vs. une infection)

Critères de positivité des prélèvements bactériologiques pulmonaires

- Culture PDP +++++ (prélèvement distal protégé) > 10^3
- Culture Aspiration bronchique > 10^6
- Culture LBA > 10^4

Germes habituels et antibiothérapie

	Germes à cibler	Antibiothérapie probabiliste
PAVM précoce <5 jours	SAMS, pneumocoque, Haemophilus, Klebsiella, E coli, Proteus mirabilis	C3G : Cefotaxime Ou Amoxicilline+Ac clavulanique
PAVM tardive >5 jours	Pseudomonas, Entérobactéries (groupes 1-2-3)	C4G : Céfépime Ou Pipéracilline+Tazobactam
	Plus rares et plus tardivement Stenotrophomonas, Acinetobacter baumannii	Antibiothérapie probabiliste à changer une fois qu'on l'on connaît le germe puis adaptation à l'antibiogramme

Persistance de la fièvre sous antibiotiques pour PAVM

- Pleurésie associée : échographie pleurale
- Abscess pulmonaire (staphylocoque doré, anaérobies, Klebsiella surtout) → TDM
- Surinfection pulmonaire, mutation des germes avec acquisition de résistance → PDP
- Sous dosage de l'antibiotique principal (souvent une B-lactamine) → Dosage
- Autre foyer infectieux
- Fièvre aux antibiotiques