



## APPROCHE DU PATIENT AVEC UNE PNEUMONIE EN EXTRAHOSPITALIER (COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA)

### INTRODUCTION

Le texte présent est développé principalement selon les directives publiées par le « European Respiratory Journal » en 2005<sup>1,7</sup>. Des informations supplémentaires peuvent également être trouvées sous [www.ersnet.org/guidelines](http://www.ersnet.org/guidelines).

### LE PROBLEME :

Les patients se présentent devant leur médecin avec des symptômes et pas avec des diagnostics. Dans les atteintes des voies respiratoires inférieures, le symptôme caractéristique est la toux accompagnée ou pas par dyspnée, fièvre, expectorations, douleur, hémoptysie, spasmes.

En face d'un tel patient, le médecin doit résoudre trois questions d'ordre diagnostique.

1. S'agit-il d'un problème infectieux ou est-ce que les symptômes reflètent une maladie pulmonaire non infectieuse, comme asthme, bronchite pulmonaire chronique obstructive, insuffisance cardiaque, embolie pulmonaire ? Il est évident que nous ne pouvons pas traiter ici de toutes les causes possibles d'une atteinte aiguë des voies respiratoires inférieures, cependant les causes les plus fréquentes et les plus urgentes sont évoquées.

Il convient toujours devant une présentation inhabituelle ou suspecte, de poursuivre une mise au point appropriée, et de ne pas se fier à des recommandations, qui sont forcément générales.

2. S'il s'agit d'un problème infectieux, quelle partie du tractus respiratoire est atteinte ? (Bronchite aiguë, pneumonie).
3. Quel pathogène est responsable de l'infection, virus ou bactérie ou tous les deux ? Il faut dire que la détermination du pathogène responsable est théoriquement utile, en pratique elle n'est presque jamais disponible au moment où il serait utile. La distinction se fait donc essentiellement sur base de critères et paris cliniques.

L'approche qui suit est basée sur ces trois questions, (étapes 1-3) suivie d'une discussion sur la question d'une hospitalisation éventuelle versus traitement à domicile (étape 4) et finalement une discussion concernant le choix approprié d'un antibiotique (étape 4).

### ETAPE 1 : APPROCHE STRUCTUREE DU PATIENT ATTEINT D'UNE AFFECTION AIGUE DES VOIES RESPIRATOIRES INFERIEURES

Il s'agit notamment d'exclure rapidement des problèmes non infectieux aigus en s'appuyant sur l'anamnèse et l'examen physique.

Une **PNEUMOPATHIE D'ASPIRATION** peut être suspectée chez un patient avec des difficultés pour avaler, comme par exemple chez des patients avec des maladies neurologiques ou psychiatriques. Notons que les études sont inexistantes pour clarifier cette recommandation, qui est donc basée sur la sagesse et l'expérience clinique.



Une **INSUFFISANCE CARDIAQUE** est parfois difficile à diagnostiquer. L'orthopnée, l'âge, une auscultation cardiaque suspecte, des antécédents de maladie cardiaques, sont des éléments pouvant orienter le diagnostic vers une maladie cardiaque. Ainsi, un d'infarctus du myocarde dans les antécédents, et un choc de pointe déplacé, étaient les meilleurs prédicateurs d'une dysfonction ventriculaire gauche dans une étude portant sur 259 patients avec suspicion d'insuffisance cardiaque aiguë<sup>2</sup>. Une autre étude a montré que l'âge, le sexe masculin, l'orthopnée, les antécédents d'un infarctus du myocarde et l'absence de bronchite pulmonaire chronique obstructive étaient des prédicateurs d'une insuffisance cardiaque<sup>3</sup>.

Une **EMBOLIE PULMONAIRE** est à craindre devant une tachycardie surtout s'il n'y a pas de fièvre, une hémoptysie, des signes d'une thrombose veineuse profonde ou des antécédents de TVP.

Une **BPCO** ou un **ASTHME** sont à rechercher s'il y a bronchospasmes, expirations prolongées, allergies, antécédents de tabagisme. Il s'agit en général d'exacerbations de ces maladies. Quelques études montrent qu'une bonne partie des patients (jusqu'à 45%) se présentant avec toux aiguë, présentent en réalité ces maladies.

Ce bref survol des diagnostics différentiels d'un problème respiratoire aigu n'est certes pas exhaustif. Il couvre les problèmes les plus fréquents rencontrés en médecine ambulatoire.

Un résumé de cette approche est donné dans le tableau « **ETAPE 1** ».\*

## **ETAPE 2 : APPROCHE D'UNE ATTEINTE INFECTIEUSE DES VOIES RESPIRATOIRES INFERIEURES**

Lorsque une origine infectieuse est probable chez un patient avec toux aiguë, le problème se pose de distinguer entre affection virale ou pneumonie.

Nous avons élaboré un algorithme qui permet de poser le diagnostic de bronchite virale sur base des signes et symptômes en se basant sur 4 critères.

1. Une fièvre inférieure ou égale à 38°.
2. Une auscultation négative.
3. Un rythme respiratoire inférieur ou égal à 24/minute.
4. Un rythme cardiaque inférieur ou égal à 100/minute.

Lorsque un ou plusieurs de ces critères ne sont pas remplis, le diagnostic de bronchite virale s'avère difficile, et une pneumonie est à exclure.

---

\* Voir sous : Approche structurée d'une atteinte / maladie aiguë des voies respiratoires inférieures



### ETAPE 3 : ATTITUDE DEVANT UNE SUSPICION DE PNEUMONIE

Les recommandations européennes et américaines sont concordantes pour recommander dans ce cas une RADIOGRAPHIE des poumons pour clarification.

#### *1. La radiographie ne montre pas d'infiltrat*

Dans cette éventualité et chez un adulte autrement en bonne santé, il s'agit très probablement d'un problème viral et une antibiothérapie n'est pas nécessaire.

Cependant, en présence de maladies chroniques cardiaques, pulmonaires, neurologiques graves, de diabète ou chez des patients âgés > 75 ans, il est plus prudent de donner des antibiotiques. Il faut dire, que cette recommandation est basée sur une certaine prudence clinique, et que peu d'études existent concernant cette recommandation.

Théoriquement, la mesure du CRP dans cette éventualité peut s'avérer utile, comme déjà discuté pour la bronchite aiguë. Ainsi, un CRP normal ou très peu élevé peut être considéré comme un signe rassurant en faveur d'une infection virale.

#### *2. La radiographie montre un infiltrat*

Nous sommes alors devant une pneumonie aiguë. Deux problèmes pratiques se posent dans cette éventualité.

Quand hospitaliser ? Quel traitement empirique choisir ?

### ETAPE 4 : APPROCHE D'UNE PNEUMONIE AIGUE ET DECISIONS CONCERNANT UNE HOSPITALISATION

En cas de pneumonie survenant chez un patient avec une maladie chronique grave, une hospitalisation est préférable. P.ex. cancer, insuffisance cardiaque, maladie cérébro-vasculaire, maladie rénale grave, maladie hépatique grave.

Chez l'adulte autrement en bonne santé et qui se présente avec une pneumonie, les recommandations concernant les critères pour décider de l'hospitalisation divergent. Les recommandations américaines préfèrent les critères du « Index de sévérité d'une pneumonie » qui exigent des analyses de laboratoire<sup>5</sup>.



#### INDEX DE SEVERITE D'UNE PNEUMONIE :

##### Facteurs démographiques :

Age :	Hommes	années
	Femmes	(années moins 10)
Maison de retraite		+10

##### Maladies coexistantes :

Cancer	+30
Maladie hépatique grave	+20
Insuffisance cardiaque	+10
Maladie cérébro-vasculaire.	+10
Maladie rénale	+10

##### Examen physique :

Troubles de vigilance	+20
Rythme respiratoire >29/min	+20
TA systolique <90 mm	+20
Fièvre <35° ou >39°	+15
Rythme cardiaque. >125/min	+10

##### Labo resp. Rx :

pH artériel <7,35	+30
Urée >29 mg/dl (11mmol/l)	+20
Na <130 mmol/l	+20
Glycémie >250 mg/dl (14 mmol/l)	+10
Hématocrite <30%	+10
Pa O2 <60mm Hg ou Sat O2 <90%	+10
Epanchement pleural	+10

##### Stratification du risque :

Bas classes 1-2	<70 points	(mortalité < 0,6%)
Bas classe 3	71-90 points	(mortalité 0,9%)
Moyen classe 4	91-130 points	(mortalité 9,3%)
Elevé classe 5	>130 points	(mortalité 27,0%)



Il est clair que beaucoup de patients à haut risque peuvent déjà être classés dans les risques moyens et hauts rien qu'en considérant leurs caractéristiques démographiques et les résultats de l'examen physique. Dans ces cas, les examens de laboratoire n'ajoutent plus rien pour décider de l'hospitalisation des patients.

En pratique ambulatoire, pour décider de la nécessité d'une hospitalisation, l'exigence de tests de laboratoire souvent non disponibles, limite l'utilité de l'index de sévérité d'une pneumonie.

Notons que les patients dans les classes de risque 1-3 selon cet index, peuvent être traités à domicile par voie orale. (Avec surveillance appropriée).

Les recommandations européennes utilisent l'Index CRB-65. Cet index a le grand avantage d'être simple et il ne nécessite pas de test de laboratoire. Cet index a été développé à partir de l'index CURB-65 plus ancien, où l'âge du patient était encore remplacé par la mesure de l'urée. Cet index CURB-65 avait montré une efficacité prédictive similaire à l'index de sévérité d'une pneumonie. Il était cependant plus simple, mais nécessitait encore un test de laboratoire.

Dans une étude portant sur 1 312 patients, on a montré que l'index CRB-65 était en fait équivalent à l'index CURB-65 concernant la stratification du risque de mortalité lié à la pneumonie contractée en ambulatoire <sup>6 7</sup>.

En pratique 1 point est donné si :

1. Il y a rythme respiratoire supérieur ou égal à 30/min.
2. La tension artérielle diastolique est inférieure ou égal à 60 mm Hg.
3. L'âge du patient est supérieur ou égal à 65 ans.
4. Il y a confusion mentale (troubles de la vigilance).

Si 2 points ou plus sont présents, le patient est hospitalisé.

Si zéro ou 1 points sont présents, le traitement à domicile est envisageable <sup>6</sup>.

En cas de traitement à domicile, la question du choix de l'antibiotique empirique se pose.

#### **ETAPE 5 : CHOIX DE L'ANTIBIOTIQUE EN CAS DE PNEUMONIE TRAITEE A DOMICILE**

Dans ce domaine, il y a une controverse transatlantique. Les américains recommandent de couvrir en première intention les germes atypiques tel mycoplasma pneumoniae. Les spécialistes européens recommandent de couvrir en premier lieu les germes classiques à savoir le pneumocoque et l'hémophilus influenzae. Une exception concerne la pneumonie à Legionella qui doit être traitée par un macrolide d'emblée.

Basée sur une méta analyse (BMJ 2005) qui n'a pas montré un avantage pour l'utilisation d'antibiotiques couvrant les germes atypiques, les recommandations européennes tentent à préfèrent les beta-lactames pour traiter une pneumonie en ambulatoire en première intention.

Les vues européennes et américaines convergent pour ne pas utiliser les quinolones dans le traitement des infections des voies respiratoires inférieures, ceci notamment par souci de voir des résistances émerger rapidement. En outre il y a unanimité de ne pas recommander l'utilisation de deux antibiotiques d'emblée dans le traitement d'une pneumonie en ambulatoire.



**Compte tenu de ces difficultés nous donnons les recommandations suivantes :**

Antibiotiques initiales :

- Amoxicilline 3-4 x 1g par jour (chez un patient adulte qui ne présente pas de comorbidité).<sup>10</sup>
- Le guide Sanford insiste également sur le fait que les beta-lactames adéquatement dosés restent bien efficaces. Dès lors il n'est pas recommandé d'utiliser les nouveaux antibiotiques à très large spectre.
- Amoxicilline/acide clavulanique (Augmentin retard 2x2pj). Il faut une dose efficace d'amoxicilline pour traiter le pneumocoque, pour lequel l'acide clavulanique n'est pas nécessaire, vu qu'il ne produit pas de betalactamases).
- Cefuroxime axétil 3 x 500 mg pj.
- Alternatives (surtout si suspicion forte de germes atypiques ou allergies aux betalactames).
- Clarithromycine 2co de 500 mg en une prise pendant 10-14 jours.
- Doxycycline 200 mg pj en une prise pendant 10-14 jours.

Les taux de résistance bactérienne locale sont à considérer.



## REFERENCES : LA PNEUMONIE EN AMBULATOIRE

- <sup>1</sup> Woodhead et al. Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections: Eur Respir J 2005;26: 1138-1180
- <sup>2</sup> Davie et al. Assessing diagnosis in heart failure Q J Med 1997; 90: 335-339
- <sup>3</sup> Cost et al. Detection of heart failure in elderly in general practice Erasmus University Amsterdam 2000
- <sup>4</sup> Halm et al: Management of community-acquired pneumonia NEJM; 2002; 347: 2039-2045
- <sup>5</sup> Fine et al: A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia. NEJM ; 1997; 336; 243-250
- <sup>6</sup> Ewig et al: Assessment of pneumonia severity: a European perspective Eur Respir J 2006; 27; 6-8
- <sup>7</sup> Restrepo et al: Guidelines for the diagnosis and treatment of adult lower respiratory tract infections: a true "European cooperative effort" Eur Respir J 2005; 26: 979-981
- <sup>8</sup> Mills et al: Effectiveness of beta-lactam antibiotics compared with antibiotics active against atypical pathogens in non-severe community acquired pneumonia: meta-analysis BMJ 2005; 330:456
- <sup>9</sup> Antibiothérapie des pneumonies acquises à domicile – une controverse transatlantique Revue médicale suisse 2006 ;2 :289-294 (et 40 références)
- <sup>10</sup> Guide Sanford des traitements antibactériens 2006-2007

### *Groupe de travail*

Dr Siggy RAUSCH: chargé de la rédaction  
Dr Françoise BERTHET  
M. Marcel BRUCH  
Dr Elisabeth HEISBOURG  
Dr Eugène PANOSETTI  
Dr Jean-Claude SCHMIT  
Dr Ernest WILWERT