

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

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 ?
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 ?

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 5).

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.
- Une INSUFFISANCE CARDIAQUE est parfois difficile à diagnostiquer. L'orthopnée, l'âge, une auscultation cardiaque suspecte, des antécédents de maladies cardiaques, sont des éléments pouvant orienter le diagnostic vers une maladie cardiaque.
- 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.

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** »¹

¹ voir sous : Approche structurée d'une atteinte/maladie aiguë des voies respiratoires inférieures.



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.

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.

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. Exemples : 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. (Prière de consulter la version longue ou ce texte).

Les recommandations européennes utilisent l'**Index CRB65**. Cet index a le grand avantage d'être simple et il ne nécessite pas de test de laboratoire. (Voir version longue pour discussion).

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/min.
3. L'âge du patient est supérieur ou égal à 65 ans.
4. Il y a confusion mentale.

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

Si zéro ou 1 points sont présents, le traitement à domicile est envisageable.

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 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. (Voir texte long pour discussion de ces vues).

Basée sur une méta-analyse (BMJ 2005) qui n'a pas montré d'avantage pour l'utilisation d'antibiotiques couvrant les germes atypiques, les recommandations européennes tentent à préférer 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.



Compte tenu de ces difficultés nous donnons les recommandations suivantes :

Antibiotiques initiaux:

- Amoxicilline/acide clavulinique (Augmentin retard 2x2pj) pendant 10-14j (Il faut une dose efficace d'amoxicilline pour traiter le pneumocoque, pour lequel l'acide clavulinique n'apporte pas d'avantage, il ne produit pas de betalactamase)
- Cefuroxime axétil 3x500 mg pendant 10-14j
- Alternatives (surtout si suspicion forte de germes atypiques ou allergies aux betalactames)
- Clarithromycine 2co de 500mg en une prise pendant 10-14j
- Doxycycline 200mg pj en une prise pendant 10-14 jours

Les taux de résistance bactérienne locale sont à considérer. En cas de résistances multiples contre tous les antibiotiques de première intention, on peut recourir à des antibiotiques à plus large spectre tel levofloxacine ou moxifloxacine.

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