



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
 www.em-consulte.com



MISE AU POINT

Pneumonie à *Staphylococcus aureus* : quand faut-il l'évoquer et comment la traiter ?

Staphylococcus aureus pneumonia: *When should we evoke it and how to treat it?*

S. Mortaza^{a,b}, J.-R. Zahar^{a,*,b}, A. Kouatchet^{a,b}

^a Laboratoire de microbiologie, hôpital Necker- Enfants- Malades, Assistance publique–Hôpitaux de Paris, faculté de médecine, université Paris-Descartes, 149, rue de Sèvres, 75743 Paris cedex 15, France

^b Service de réanimation médicale, centre hospitalo-universitaire d'Angers, faculté de médecine, université d'Angers, 4, rue Larrey, 49000 Angers, France

Reçu le 7 février 2010 ; accepté le 30 mars 2010

Disponible sur Internet le 22 avril 2010

MOTS CLÉS

SARM
 communautaire ;
 Pneumonie ;
 Leucocidine de
 Panton et Valentine ;
 Syndrome grippal ;
 Antibiotique

Résumé *Staphylococcus aureus* représente une cause rare de pneumonie communautaire. La prévalence des souches de staphylocoques productrices de la leucocidine de Panton et Valentine (LPV) est en constante augmentation dans le monde. Cette toxine est impliquée dans la survenue d'une entité clinique appelée pneumonie nécrosante staphylococcique, au pronostic particulièrement sombre, touchant des sujets sains et immunocompétents. Souvent précédée d'une infection virale rhino-pharyngée, cette pneumonie est caractérisée par l'association d'une fièvre élevée, d'hémoptyses, d'infiltrats alvéolaires multilobaires et d'une leucopénie. L'évolution, souvent mortelle, se fait le plus souvent vers un choc ou une hypoxémie réfractaire. Même si l'incidence des *Staphylococcus aureus* résistants à la méticilline (SARM) communautaires LPV+ reste faible en France, en cas de forte suspicion, l'antibiothérapie empirique doit couvrir le SARM. Le choix thérapeutique doit prendre en compte les caractéristiques pharmacocinétiques des molécules, et favoriser celles ayant une bonne diffusion pulmonaire. De même, certaines données fondamentales suggèrent l'intérêt des molécules ayant la capacité à bloquer la synthèse de la LPV. Enfin, l'administration précoce d'immunoglobulines intraveineuses pourrait être proposée comme traitement adjuvant.

© 2010 Société de réanimation de langue française. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Community-acquired pneumonia;

Summary *Staphylococcus aureus* is a rare cause of community-acquired pneumonia. However, methicillin resistant *S. aureus* (MRSA), usually known as a nosocomial pathogen, has emerged as a cause of community-acquired necrotising pneumonia in young healthy patients without classic health-care-associated risk factors. Community-onset necrotising pneumonia due to CA-MRSA is now recognised as an emerging clinical entity (it still rarely described in France) with

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : Jean-ralph.zahar@nck.aphp.fr (J.-R. Zahar).

Staphylococcus aureus;
Méthicilline résistant;
Panton Valentine
leucocidine

distinctive clinical features and substantial morbidity and mortality. A viral prodrome (e.g., influenza or influenza-like illness) followed by acute onset of shortness of breath, sepsis, and haemoptysis is the most frequent clinical presentation. Clinicians had to be aware of this cause of community-acquired pneumonia. Indeed in such patients treatment of community-acquired pneumonia should include an appropriate antibiotic treatment to cover MRSA and to decrease toxin production. In some cases, the adjunctive use of intravenous immunoglobulin may be indicated.

© 2010 Société de réanimation de langue française. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Le regain d'intérêt, ces dernières années, pour les pneumonies communautaires à *Staphylococcus aureus* (SA) est largement dû à la diffusion aux États-Unis des SA résistants à la méticilline (SARM) communautaires et possédant la leucocidine de Panton et Valentine (LPV). En effet, durant les cinq dernières années, le continent nord-américain a connu des épidémies d'infections à SARM communautaires dont la localisation la plus inquiétante et la plus grave était le parenchyme pulmonaire.

Notre objectif dans cette revue est de repréciser le poids de cet agent pathogène dans l'épidémiologie des pneumonies communautaires, de préciser la symptomatologie des pneumonies à SA sécréteur de la LPV et de rappeler les possibilités thérapeutiques.

Épidémiologie des pneumonies communautaires

Les agents pathogènes les plus fréquemment isolés des pneumonies aiguës communautaires (PAC) sont : *S. pneumoniae* retrouvé dans 38 % des cas et les virus respiratoires dans 29 % des cas [1]. Les autres agents pathogènes semblent moins fréquemment isolés : *Haemophilus influenzae* dans 2 % des cas, *Mycoplasma pneumoniae*, *Legionella pneumophila*, *Chlamydiae* spp respectivement dans 8 %, 4 % et 6 % des cas [2].

L'étiologie microbienne des pneumonies communautaires varie en fonction de l'âge du patient, de la présence ou non de comorbidité et de la gravité initiale. Ainsi, les deux agents pathogènes les plus fréquemment isolés chez les patients admis en réanimation pour PAC grave sont *S. pneumoniae* et *L. pneumophila* [3].

Quelles que soient les études épidémiologiques, SA ne semble pas faire parti des agents pathogènes les plus fréquemment isolés. Ainsi, dans l'étude espagnole de Gutierrez et al., SA était retrouvé globalement dans 0,4 % des cas et uniquement dans la tranche d'âge de 15 à 44 ans, chez des patients sans comorbidité et qui nécessitaient une hospitalisation systématique. De même, SA était isolé dans 1 % et 1,5 % des cas, respectivement, dans l'étude de Diaz et celle de Lim [4,5]. Chez l'adulte, y compris en réanimation, la prévalence des pneumonies à SA semble inférieure à 2 %. Si les pneumonies communautaires à SA sont rares, l'implication des souches sécrétrices de LPV atteint 85 % dans l'étude de Lina [6].

Chez l'enfant, l'épidémiologie bactérienne des PAC diffère peu de celle de l'adulte. *S. pneumoniae* et *M. pneumoniae* sont les deux espèces bactériennes les plus fréquemment isolées. Les infections à SA malgré leur gravité restent exceptionnelles [7–10].

Pneumonie communautaire à *Staphylococcus aureus* : terrain et présentation clinique

La pneumonie communautaire à SA ne présente pas de particularités cliniques spécifiques. Seules les pneumonies secondaires à SA LPV+ nécessitent, de par leur présentation particulière et leur gravité initiale, une mise au point. L'évolution de ces pneumonies nécrosantes, qui touche volontiers les patients jeunes, est souvent décrite comme « foudroyante » et leur tableau clinique est caractérisé par l'association d'une fièvre élevée, d'une hémoptysie, d'infiltrats alvéolaires multilobaires et d'une leucopénie. Dans une étude rétrospective, Gillet et al. avaient comparé la présentation clinique et l'évolution de 16 patients présentant une pneumonie communautaire à SA LPV+ à 36 témoins présentant une pneumonie à SA LPV- [11]. Dans ce travail, les patients infectés par une souche LPV+ étaient plus jeunes (âge médian 14,8 ans versus 70,1 ans) ; un syndrome pseudogrippal avait précédé 12 des 16 infections à SA LPV+ alors qu'il n'existait que chez trois des 33 infectés par un SA LPV- [11]. Les patients infectés par une souche LPV+ étaient significativement plus fébriles, plus tachycardes et l'on notait une différence significative sur la présence d'une hémoptysie, d'un épanchement pleural et d'une leucopénie [11]. Par ailleurs, la survie à 48 heures n'était que de 63 % en cas d'infection à SA LPV+ alors qu'elle était de 94 % pour les patients infectés par un SA LPV-. La survie médiane des pneumonies à SA LPV+ n'était que de dix jours, la mort étant due à la survenue d'un choc ou d'une hypoxémie réfractaire. Enfin, l'étude anatomopathologique de trois cas a révélé des ulcérations nécrotiques diffuses trachéales et bronchiques ainsi qu'une nécrose hémorragique des septa inter-alvéolaires [11] (Tableaux 1–4).

Le regain d'intérêt pour cette entité clinique est apparu avec l'émergence des SARM communautaires aux États-Unis. L'incidence des pneumonies nécrosantes à SA LPV+ est inconnue, seuls les cas identifiés ou publiés sont pris en considération et certains cas ne sont probablement pas diagnostiqués. La première description clinique de pneumonie à SA LPV+ résistant à la méticilline remonte à 2003 [12]. Les auteurs rapportaient quatre cas de pneumonie nécrotique survenant chez des patients jeunes, sans

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2612821>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2612821>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)