



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Pneumonies communautaires : épidémiologie, clinique, traitement[☆]

Community-acquired pneumonia: Epidemiology, clinical presentation, treatment

P. Tattevin

Service de maladies infectieuses et réanimation médicale, faculté de médecine, université de Rennes 1, CHU Pontchaillou, 35033 Rennes cedex, France

MOTS CLÉS

Pneumopathie
communautaire ;
Antibiotiques ;
Pneumocoque

Résumé Les pneumonies communautaires sont des infections aiguës du poumon non liées à une hospitalisation ou à des soins. Cette pathologie non rare (600 000 pneumonies/an en France) est le plus souvent traitée de façon empirique, car la documentation microbiologique est difficile à obtenir. En cas de pneumonie franche lobaire aiguë (début brutal, pneumonie localisée, signes infectieux et douleurs thoraciques intenses), le pneumocoque est le plus souvent en cause et l'antibiothérapie repose sur une pénicilline (amoxicilline). En cas de pneumopathie atypique (plus torpide, moins localisée), les bactéries intracellulaires sont plus souvent impliquées, et un macrolide sera privilégié.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Community-acquired
pneumonia;
Antibiotics;
Pneumococcus

Summary Community-acquired pneumonia are acute infections of the lung, not related to hospital admission or any other health care. This non-rare disease (600,000 cases/year in France) is most commonly treated empirically, as microbiological diagnosis is difficult to obtain. Lobar pneumonia of acute onset with severe general symptoms and thoracic pain are usually related to pneumococcus, and will be optimally treated with penicillin (amoxicillin). In atypical pneumonia (gradual onset, more diffuse lung involvement), intracellular bacteria are more common, and this condition will usually resolve with macrolides.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

[☆] Ce texte est tiré de la communication présentée lors de la session « para-médicale » de la 57^e Journée de l'hôpital Claude-Bernard, le 13 novembre 2014, à Paris.

Adresse e-mail : pierre.tattevin@chu-rennes.fr.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.antinf.2015.01.002>

2210-6545/© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Épidémiologie

Les pneumonies sont des pathologies aiguës du parenchyme pulmonaire, d'origine infectieuse. Il s'agit d'un sous-ensemble au sein des pneumopathies, qui englobent des étiologies plus vastes (exemple : pneumopathies médicamenteuses, d'hypersensibilité, néoplasiques, post-radicales). L'incidence annuelle des pneumonies est estimée à 10 cas pour 1000 habitants, soit environ 600 000 cas/an en France, dont 15 % sont hospitalisés [1]. Le pneumocoque (*Streptococcus pneumoniae*) est le principal pathogène responsable de pneumonies, avec une mortalité de 10 % en cas de pneumonie à pneumocoque bactériémique, et de 20 % en cas d'admission en réanimation. Les bactéries intracellulaires à l'origine de pneumonies dites « atypiques » recouvrent *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydomphila pneumoniae*, *Legionella pneumophila* et *Coxiella burnetti*, l'agent de la fièvre Q. Les autres bactéries responsables de pneumonies communautaires sont *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus* (en surinfection d'une virose respiratoire, telle que la grippe) et les entérobactéries (*Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*), notamment chez des patients âgés et/ou atteints de comorbidités [2]. Enfin, les bactéries anaérobies strictes sont responsables de pneumonies d'inhalation dans des contextes de troubles de déglutition (fausses routes), associées à un déficit de l'hygiène dentaire. Plusieurs virus dits « respiratoires » peuvent être à l'origine de pneumonies, le plus commun étant *Myxovirus influenzae*, l'agent de la grippe [3]. La répartition des principales étiologies responsables de pneumonies dépend en partie du contexte et de la gravité (Tableau 1) [4,5].

Tableau 1 Principales étiologies des pneumonies aiguës.

Patient non hospitalisé	<i>Streptococcus pneumoniae</i> (pneumocoque) <i>Mycoplasma pneumoniae</i> <i>Haemophilus influenzae</i> <i>Chlamydomphila pneumoniae</i> Virus respiratoires (grippe)
Patient hospitalisé en dehors d'unités de soins intensifs ou de réanimation	<i>Streptococcus pneumoniae</i> (pneumocoque) <i>Mycoplasma pneumoniae</i> <i>Chlamydomphila pneumoniae</i> <i>Haemophilus influenzae</i> <i>Legionella pneumophila</i> Pneumonie d'inhalation (anaérobies) Virus respiratoires (grippe)
Patient hospitalisé en unité de soins continus ou en réanimation	<i>Streptococcus pneumoniae</i> (pneumocoque) <i>Staphylococcus aureus</i> <i>Legionella pneumophila</i> Entérobactéries <i>Haemophilus influenzae</i>

D'après [4,5].

Diagnostic

Diagnostic clinique

Le tableau clinique de la pneumonie franche lobaire aiguë (PFLA), causée par le pneumocoque, se distingue nettement de celui des pneumonies atypiques causées par des bactéries intracellulaires, les principaux éléments à prendre en compte étant résumés dans le Tableau 2. Les symptômes les plus suggestifs comprennent l'association d'une fièvre et de signes respiratoires (toux, expectorations purulentes, dyspnée, douleurs thoraciques) [2]. Les variations de chacun de ces symptômes peuvent évoquer une étiologie particulière, et notamment :

- pour le pneumocoque, l'apparition très brutale d'une fièvre élevée (> 39 °C), et d'une douleur latéro-thoracique en coup de poignard associée à un aspect général « toxique ». Le début est si soudain que le patient peut souvent en préciser l'heure exacte. L'expectoration est franchement purulente mais le classique « crachat rouille » ou hémoptoïque est rarement retrouvé ;
- pour les pneumonies atypiques, l'installation des signes respiratoires est progressive (sur quelques jours), précédée en règle de symptômes rhino-pharyngés. L'existence de myalgies serait évocatrice, tandis que les signes généraux et respiratoires sont en général moins francs [6].

L'interrogatoire doit préciser l'existence d'un tabagisme et d'un éthylisme, facteurs de risque de pneumonies à pneumocoque, à entérobactéries et de légionellose. Une notion de contagion ou un contexte épidémique sont plus fréquemment retrouvés au cours des pneumonies à bactéries intracellulaires (*Mycoplasma pneumoniae*, *Legionella pneumophila*, *Coxiella burnetti*) et des pneumonies virales (grippe). L'examen clinique devra relever la température corporelle, la pression artérielle et le pouls, la fréquence respiratoire, et la saturation artérielle en oxygène (saturomètre) en cas de polypnée (fréquence respiratoire > 20/minutes).

La palpation, la percussion et l'auscultation du thorax recherchent des signes de condensation alvéolaire : la transmission des vibrations vocales (testée en demandant au patient de prononcer le chiffre « 33 »), une matité à la percussion et des râles crépitants inspiratoires à l'auscultation. Au cours de la PFLA, ces signes sont en général retrouvés au niveau d'un foyer unique, correspondant à l'image radiologique d'une pneumonie « lobaire » (Fig. 1). Dans les pneumonies atypiques, les signes sont plus diffus, moins francs, et l'auscultation peut se limiter à quelques râles crépitants mal systématisés correspondants à une pneumonie interstitielle, voire être normale. Dans les 2 cas, il faudra s'attacher à dépister une atteinte pleurale, qui peut se rencontrer, soit en cas de localisation pleurale de l'infection (on parle alors d'empyème pleural, ou pleurésie purulente), soit en cas de réaction au contact d'un foyer de pneumonie (on parle alors de pleurésie réactionnelle ou para-pneumonique). La différence entre ces 2 processus est importante pour la prise en charge, puisqu'une pleurésie purulente nécessite un drainage pour obtenir une guérison, tandis que la pleurésie réactionnelle guérit avec le traitement médical de la pneumonie.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3405368>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3405368>

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