



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

CONTROVERSE : FAUT-IL VRAIMENT DOCUMENTER LES PNEUMONIES AIGUËS COMMUNAUTAIRES ?

Pneumonies communautaires non graves : la recherche d'une documentation microbiologique n'est pas nécessaire[☆]

*Non-severe community-acquired pneumonia: Investigations for
microbiological documentation are unnecessary*

P. Tattevin

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

MOTS CLÉS

Pneumopathie aiguë
communautaire ;
Pneumocoque ;
Examen
cyto-bactériologique
des crachats ;
Traitement empirique

Résumé La documentation microbiologique des pathologies anti-infectieuses doit être recherchée lorsqu'elle est aisément accessible, avec des résultats fiables et qui auront un impact sur la prise en charge des patients. Ces critères ne sont pas présents dans la majorité des cas de pneumonies aiguës communautaires : (i) l'obtention de prélèvements fiables et de qualité nécessite en règle le recours à des méthodes invasives (fibroscopie/lavage broncho-alvéolaire) ; (ii) à l'inverse, les méthodes non invasives souffrent de multiples carences (faible sensibilité et/ou faible spécificité, diagnostic seulement a posteriori, coût) et (iii) la supériorité d'une antibiothérapie ciblée par rapport à une antibiothérapie empirique n'est pas démontrée dans ce contexte. De fait, toutes les recommandations récentes reposent sur un traitement empirique des pneumonies aiguës communautaires non graves, basé sur une analyse rigoureuse de la situation.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Community-acquired
pneumonia;
Pneumococcus;

Summary Microbiological diagnosis of infectious diseases must be searched for when easily available, with reliable results that will have an impact on patient management. These criteria do not apply for community-acquired pneumonia: (i) reliable samples most often require invasive testings (e.g. broncho-alveolar lavage through fibroscopy); (ii) on the other hand, non invasive tests suffer from multiple caveats (low sensitivity and/or low specificity, delayed

[☆] Ce texte est tiré de la communication présentée lors de la session « 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.2015.04.002>

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

Sputum examination;
Empirical treatment

diagnosis, cost) and (iii) the benefit of targeted treatment as compared to empirical treatment has not been demonstrated. Consequently, all recent guidelines rely on empirical treatment for non-severe community-acquired pneumonia, based on rigorous analysis of the clinical situation.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

L'incidence annuelle des pneumopathies aiguës infectieuses est estimée à 10 cas pour mille 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, tandis que les bactéries intra-cellulaires à l'origine de pneumonies dites « atypiques » recouvrent *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Legionella pneumophila* et *Coxiella burnetii*, l'agent de la fièvre Q [2]. Les autres bactéries responsables de pneumonies communautaires sont *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus* (notamment comme complication d'une grippe) et les entérobactéries (*Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*), particulière chez des patients âgés et/ou atteints de comorbidités [3]. 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 [4]. Plusieurs virus dits respiratoires peuvent être à l'origine de pneumonies, le plus commun étant *Myxovirus influenzae*, l'agent de la grippe. La répartition des principales étiologies responsables de pneumonies dépend en partie du contexte et de la gravité (Tableau 1) [5,6].

La plupart des recommandations n'encouragent pas à la documentation systématique de l'étiologie des pneumopathies aiguës communautaires (PAC), pour les 3 principales raisons que nous allons détailler dans cet article :

- nous ne disposons pas, en 2015, d'outils diagnostiques simples et de qualité pour documenter les PAC ;
- le traitement empirique, tel que celui proposé par les sociétés savantes françaises – Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF) et Société de pneumologie de langue française (SPLF) [7] – est efficace dans la grande majorité des cas ;
- pour les rares cas où une documentation est obtenue [8], il n'est pas certain que la désescalade soit indiquée.

Les limites des tests diagnostiques disponibles en 2015 pour la documentation des PAC

Examen cyto-bactériologique des crachats (ECBC)

Les limites de l'ECBC sont multiples et méritent d'être rappelées :

- il n'est valide que s'il est purulent, et obtenu par expectoration ;

- en cas d'antibiothérapie préalable > 24 h, il ne peut être interprété ;
- le transport au laboratoire et la lecture après coloration de Gram doivent être réalisés dans les 4 h qui suivent son recueil ;
- des critères cytologiques doivent être vérifiés (≥ 25 polynucléaires neutrophiles et ≤ 10 cellules épithéliales/champ) ;
- il doit être monomorphe, ou avec une forte prédominance d'un pathogène [5].

En pratique, même dans les études prospectives où l'ECBC devait être systématique, il n'a permis une documentation que dans 6 à 15 % des cas [9,10].

Autres méthodes diagnostiques

Le diagnostic étiologique peut être obtenu à la phase aiguë par les hémocultures et les recherches d'antigénuries légionelle et pneumocoque (indiquées chez les patients hospitalisés pour pneumonie sévère). Cependant, les pneumopathies à pneumocoque ne sont bactériémiques que dans 15 à 20 % des cas, et la sensibilité de l'antigénurie pneumocoque est imparfaite (65 % si pneumonie à pneumocoque non bactériémique, 75–85 % si bactériémique). Les sérologies des pneumonies à bactéries intra-cellulaires sont de sensibilité moyenne (< 65 %) et ne permettent qu'un diagnostic rétrospectif, avec un intérêt épidémiologique, mais sans impact direct sur la prise en charge du patient [3].

Le traitement empirique des PAC est efficace dans la majorité des cas

Le tableau clinique de la pneumonie franche lobaire aiguë (PFLA), causée par le pneumocoque, se distingue de celui des pneumonies atypiques causées par des bactéries intra-cellulaires, 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) [3]. 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),

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3405477>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3405477>

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