

Texte d'expert

Cadre nosologique des infections respiratoires basses

Definition of low respiratory tract infections

B. Housset

Service de pneumologie et pathologie professionnelle, CHI de Créteil, 40, avenue de Verdun, 94000 Créteil, France

Reçu et accepté le 19 mai 2006

Disponible sur internet le 11 juillet 2006

Résumé

Évoquer une infection respiratoire basse est aisé devant des signes respiratoires (toux, expectoration mucopurulente ou purulente) associés à des signes infectieux (fièvre notamment). En revanche, différencier bronchite et pneumonie est parfois plus difficile et constitue un enjeu important en raison de la mortalité des pneumonies et d'une prise en charge spécifique. L'élément clef du diagnostic est la radiographie de thorax dont l'indication repose sur des signes en foyer (crépitants, matité), une fièvre, une polypnée supérieure à 25/min, une tachycardie supérieure à 100/min. Leur valeur diagnostique n'est pas suffisante pour affirmer ou exclure une pneumonie ce qui justifie une radiographie en cas de doute clinique. Les éléments cliniques et radiologiques ne permettent pas un diagnostic étiologique fiable. L'analyse de l'expectoration, la recherche d'antigènes urinaires de pneumocoque et de *Legionella* constituent des éléments d'orientation. Le pneumocoque vient en tête des germes responsables de pneumonie, suivi par les germes atypiques et la légionellose. L'existence d'une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) expose au risque de décompensation et d'insuffisance respiratoire aiguë. Les causes d'exacerbation d'une BPCO sont multiples mais son origine infectieuse, notamment virale, est de l'ordre de 50 %. Les rhinovirus sont en cause dans 40 à 50 % des cas. D'autres virus peuvent être en cause et s'associer à la présence de bactéries (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *B. catarrhalis*). L'appréciation de la gravité repose sur la connaissance du volume expiratoire maximal par seconde de base que l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé propose de remplacer, lorsque ce paramètre n'est pas connu, par une appréciation de l'intensité de la dyspnée.

© 2006 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Lower respiratory tract infection is easily suggested on clinical signs (cough and sputum) associated with fever. To discriminate between pneumonia and acute bronchitis is crucial because of the mortality associated with pneumonia and of its specific management. Chest X-ray is a key exam for the diagnosis and should be performed on the basis of validated clinical signs that are however of weak diagnostic value. Clinical as well as radiological signs cannot be reliably used to identify the causative germ. Sputum examination, the search for pneumococcal and legionella urinary antigens are of good diagnostic value. An associated COPD may lead to an acute respiratory failure. Acute exacerbation of chronic bronchitis results from various causes but infection is involved in about 50% of the cases, mostly viral and most often due to a rhinovirus. Viral infection can be associated to bacterial infection and the most frequently isolated germs are *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, and *B. catarrhalis*. Severity assessment relies on the value of basal FEV1 that is often non available. Therefore Afssaps suggests using a dyspnea index to assess exacerbation severity.

© 2006 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Pneumonie ; Bronchite ; BPCO

Keywords: Pneumonia; Bronchitis; COPD

Adresse e-mail : bruno.housset@chicreteil.fr (B. Housset).

Identifier une infection respiratoire basse (IRB) associée ou non à une infection respiratoire haute est d'une grande banalité dans l'exercice de tout médecin généraliste. La question centrale est de reconnaître une pneumonie, affection grevée d'une mortalité qui peut atteindre 15 %. En effet, le diagnostic de pneumonie induit une prise en charge particulière associant antibiothérapie et éventuellement hospitalisation. La recherche d'un terrain particulier est une deuxième question importante devant une IRB car sa présence modifie également la prise en charge du patient. C'est le cas de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) qui est souvent sous diagnostiquée et qui constitue un terrain particulier en raison du risque de décompensation respiratoire associé. Cette démarche diagnostique a fait l'objet de recommandations de pratique clinique par de nombreuses sociétés savantes [1–7]. L'Afssaps a récemment réalisé une mise à jour de ses recommandations disponible sur internet [4].

Cette conférence de consensus ne traite pas du problème posé par une immunodépression ou par le caractère nosocomial de l'infection respiratoire.

Après un bref rappel général sur l'épidémiologie, nous discuterons brièvement ici du cadre nosologique des différentes pathologies responsables d'infections respiratoires basses.

1. Épidémiologie générale des infections respiratoires basses

Les infections respiratoires basses sont fréquentes. L'analyse des épisodes d'IRB ayant justifié un recours aux soins ou une interruption d'activité était, en 1992, de 12,5 % adultes et par an ce qui représenterait environ 45 % de l'ensemble des IRB [8].

Les IRB sont avant toutes prises en charge par les médecins généralistes. En effet, ces derniers assurent le diagnostic de 96 à 98 % des IRB qui représenteraient environ 4 à 5 % de leurs consultations. Environ la moitié de ces consultations pour IRB concerne les sujets de 16 à 64 ans [8].

Deux travaux menés par la même équipe se sont intéressés à la prise en charge des IRB en médecine générale en France [9, 10]. Un travail épidémiologie d'envergure a été publié en 2002 analysant auprès de 3144 médecins généralistes français, la prise en charge entre novembre 1997 et avril 1998 de 5469 cas évaluables d'IRB [9]. Cette étude porte sur une population âgée de 15 à 65 ans. Comme pour tout travail de ce type, il est difficile d'avoir un diagnostic de certitude. Néanmoins les résultats suggèrent que parmi les épisodes d'infection respiratoire basse, 72 % sont dus à une bronchite aiguë, 15 % à une exacerbation de bronchite chronique obstructive et 10 % à une pneumonie. L'analyse de la symptomatologie montre un large chevauchement entre les différentes pathologies. Des chiffres similaires ont été rapportés sur un plus petit nombre d'épisodes en 2001 [10].

Les taux d'hospitalisation sont faibles (0,5 à 1,2 %) et, dans l'étude rapportée en 2001, sont de 0,3 % pour les bronchites aiguës, 2,2 % pour les exacerbations de bronchite chronique et 12 % pour les pneumonies. L'administration d'antibiotiques

concerne 97 % des patients malgré les recommandations de bonne pratique. Cela justifie les campagnes répétées auprès des médecins généralistes et du grand public ainsi que les projets visant à modifier les habitudes de prescription des médecins généralistes. Un arrêt de travail était prescrit chez 27 % des sujets actifs avec une médiane d'arrêt de 4,5 jours.

2. Distinction entre bronchite aiguë et pneumonie

2.1. Variabilité des signes cliniques

Dans une démarche rigoureuse proche de celle de la médecine fondée sur les preuves, Metlay et Fine rapportent les valeurs diagnostiques des différents signes cliniques [11]. Les symptômes sont peu informatifs avec un rapport de vraisemblance proche de un. Rappelons qu'un rapport de vraisemblance positif correspond au rapport entre le pourcentage de vrais positifs (sensibilité) et le pourcentage de faux positifs (un moins la spécificité). Un rapport égal à un, témoigne d'une équivalence des taux de vrais et de faux positifs. Plus un rapport de vraisemblance positif est supérieur à un, plus un test positif est informatif et en faveur du diagnostic [12]. Concernant les signes physiques, une fréquence respiratoire a un rapport de vraisemblance positif de 1,5 à 4 lorsqu'elle est supérieure à 25/min. La découverte d'un foyer de crépitations a un rapport de vraisemblance positif compris entre 2,6 et 2,7, une matité à la percussion entre 2,2 à 4,3. Globalement, la faible valeur diagnostique des symptômes et des signes modifie peu la probabilité a priori de pneumonie. Ainsi, considérant que la prévalence de pneumonie devant un tableau d'infection respiratoire basse est d'environ 10 % en pratique de ville, la probabilité a posteriori selon les manifestations cliniques atteint au mieux 60 % pour cette prévalence. À cette faible valeur diagnostique, il faut ajouter la mauvaise reproductibilité de l'examen clinique [13].

2.2. Quand réaliser une radiographie de thorax ?

Plusieurs auteurs se sont attachés à développer des règles de prédiction clinique ou scores afin de déterminer l'intérêt de la prescription d'une radiographie de thorax. Une étude rétrospective et quatre études prospectives se sont intéressées à cette question [14–18]. Une seule étude remplit les critères permettant de lui attribuer un niveau de preuve de niveau 2 [17]. En effet, ce travail intègre une étape de dérivation suivie d'une étape de validation. Dans cette étude la sensibilité apparaît satisfaisante (90 à 93 %), contrastant avec une faible spécificité (35 à 43 %) (Tableau 1). Dans un travail prospectif comparant

Tableau 1
Règle de prédiction clinique d'une pneumonie [17]
Clinical prediction rule for diagnosis of pneumonia [17]

| Signes | Odd Ratio (IC 95 %) |
|-----------------------------------|---------------------|
| Température supérieure à 37,8 °C | 2,69 (1,73–4,17) |
| Pouls supérieur à 100/min | 2,35 (1,52–3,65) |
| Foyer de crépitations | 3,73 (2,43–5,72) |
| Diminution du murmure vésiculaire | 3,58 (2,33–5,50) |
| Absence de maladie asthmatique | 3,98 (1,89–8,42) |

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3414220>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3414220>

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