

REPUBLIQUE TUNISIENNE
Ministère de la Santé Publique
Direction Générale de la Santé
Unité de la Médecine d'Urgence

Stratégie Nationale de Développement des Urgences

Référentiels en Médecine d'urgence

**PRISE EN CHARGE DES
PNEUMOPATHIES AIGUES AUX URGENCES**

Janvier 2010

Les Référentiels

Ce référentiel a été élaboré par le Ministère de la Santé Publique Direction générale de la santé, Unité de la médecine d'urgence

Coordination: Dr Naoufel Somrani et Dr Henda Chebbi (unité de la médecine d'urgence)

Comité Scientifique:

- président : Dr Fekri Abroug
- Membres : Dr Ahmed Balma, Dr Béchir Bouhaja, Dr Mounir Daghfous, Dr Chédly Dziri, Dr Hafedh Thabet, Dr Slaheddine Ghanouchi, Dr Zouhaier Jerbi.

Comité de rédaction: Dr Sami Abdellatif, Dr Nadia Mhiri, Dr Hafedh Thabet, Dr Faiçal Zouiten

Ce Référentiel a été **validé** lors d'un séminaire avec la participation de: Dr Adel Kelil, Dr Ali Elkamel, Dr Ali Khélifa Kharroubi, Dr Fadoua Khalfaoui, Dr Habib Haguigua, Dr Hichem Aouina, Dr Mohamed Lahbib Chebil, Dr Mehdi Ben Amor, Dr Mohamed Besbes, Dr Mouldi Amamou, Dr Nadia Kouraichi, Dr Nozha Brahmi, Dr Olfa Kaabachi, Dr Saloua Bedhiaf, Dr Slah Ghrab, Dr Sonia Mezgheni, Dr Zouhaier Jerbi.

1^{ère} ETAPE = Points de repère :

- Les pneumopathies aiguës communautaires (PAC) représentent une pathologie infectieuse fréquente, acquise en ville. Il s'agit d'une atteinte parenchymateuse ou bronchopulmonaire. Sont exclues de ce chapitre les bronchites aiguës.
- Les PAC sont responsables du 1/3 de la consommation totale des antibiotiques.
- 1^{ère} cause de mortalité d'origine infectieuse : 15%
- La gravité potentielle des PAC incite à un diagnostic et à une prise en charge thérapeutique rapide.
- Le diagnostic est clinico-radiologique
- La connaissance de l'épidémiologie des germes responsables, est capitale pour guider la prescription d'une antibiothérapie empirique.
- 2 – 10 % des malades hospitalisés seront pris en charge en réanimation

Les germes en causes :

- ***Streptococcus pneumoniae*** (+++), (Dont le PSDP * trouvé dans **35% en Tunisie**)
- ***Haemophilus influenzae***
- **Germes atypique** : *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydiae pneumoniae* et *Legionella pneumophila* (< 5%)
- **Associations de plusieurs germes (5 – 10%)**.
- **Virus** : A évoquer de principe dans un contexte pandémique. Exp virus de la grippe A H1N1v.
- Chez les personnes âgées de plus de 65 ans et/ou en cas d'affections chroniques sous-jacente bronchopulmonaire (BPCO, DDB, etc.):
Staphylococcus aureus*, Bacilles à gram négatif dont *Pseudomonas aeruginosa
- En cas d'inhalation : ***Anaérobies***

* PSDP : pneumocoque de sensibilité diminué à la pénicilline

2^{ème} ETAPE = Démarche diagnostique :

- **La clinique :**
 - Fièvre associée ou non à des frissons ou une hypothermie
 - Toux productive
 - Tachypnée avec une fréquence respiratoire > 25 c/min
 - Tachycardie avec une fréquence cardiaque > 100 b/min
 - Douleur thoracique
 - Signes auscultatoires en foyer (râles crépitants)
 - Signes extrapulmonaires : céphalées, myalgie, troubles digestifs...

- **La radiographie thoracique (face ± profil) indispensable (Accord Professionnel) :**
 - Opacité parenchymateuse alvéolaire avec bronchogramme aérien prenant un aspect lobaire systématisée
 - Ou opacités alvéolaires multiples avec un épanchement pleural associé.
 - Attention au faux négatifs (retard radiologique)

- **La biologie à réserver aux patients posant un problème diagnostique:**
Une hyperleucocytose > 12000/Elts /mm³ ou une leucopénie < 4000/élts/mm³, une altération de la fonction rénale (urée > 7 mmol/l). Dans un contexte d'épidémie de grippe et dans la mesure du possible, faire éventuellement un écouvillon nasopharyngé pour un test diagnostique rapide ou mieux pour PCR.

- **Les hémocultures sont obligatoires si le malade est hospitalisé**

Ainsi on distingue 3 tableaux cliniques :

Pneumonie franche lobaire aiguë

- **Germes:**
Streptococcus pneumoniae
- **Clinique :**
 - o Fièvre, frisson +/-
 - o Toux productive
 - o Tachypnée, tachycardie
- **Rx Thorax:**
Opacité alvéolaire systématisée, avec bronchogramme aérique prenant un aspect lobaire systématisée

Pneumopathie atypique ou interstielle

- **Germes :**
Mycoplasme pneumoniae, Chlamydiae pneumoniae, Legionella pneumophila, coxiella burnetti
- **Clinique : tableaux pseudogrippal**
 - o Fièvre modérée
 - o Myalgie, arthralgie et céphalées
 - o Toux sèche
 - o Tachypnée et tachycardie modérées
 - o Douleurs thoraciques vagues
- **Rx Thorax:** syndrome alvéolo-interstiel uni ou bilatéral

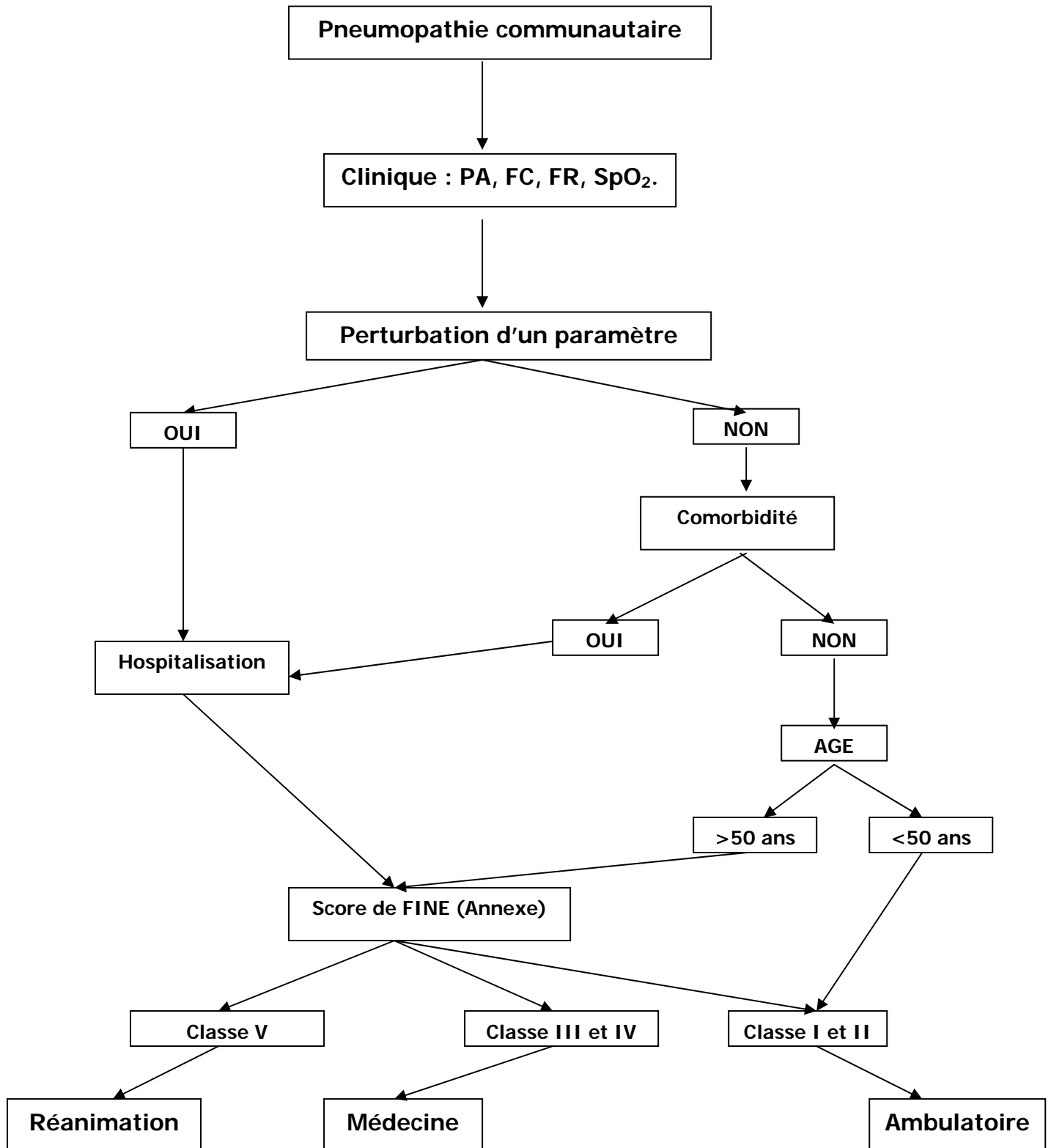
Bronchopneumonie

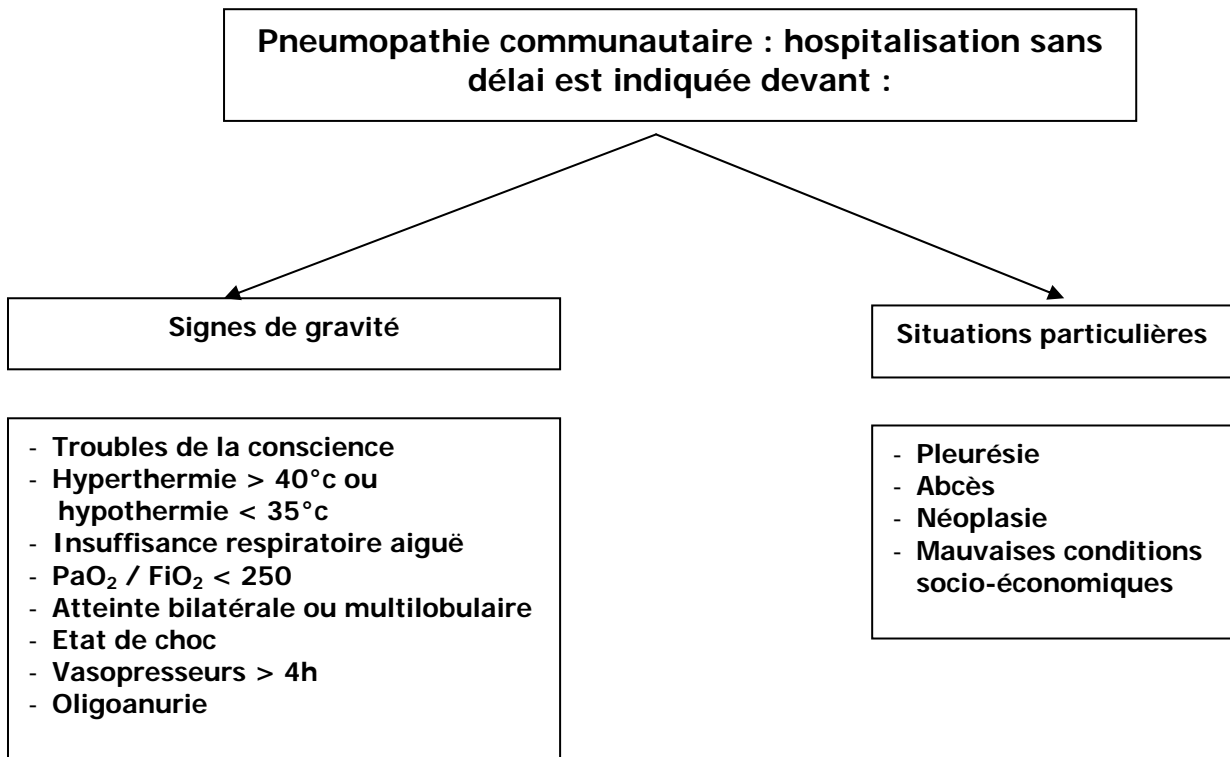
- **Germes:**
Streptococcus pneumoniae, association de plusieurs germes
- **Clinique :**
 - o Fièvre 40°C
 - o Altération rapide de l'état général
 - o Toux productive, expectorations abondantes
- **Rx Thorax:**
Opacités alvéolaires multiples uni ou bilatérale avec un épanchement pleural possible

3^{ème} ETAPE = Appréciation des facteurs de risque de mortalité (comorbidité) :

- Age > 65 ans
- Insuffisance cardiaque congestive
- Maladie cérébro-vasculaire
- Insuffisance rénale
- Insuffisance hépatique
- Diabète non équilibré
- BPCO
- Insuffisance respiratoire chronique
- Immunodépression : infection à VIH, corticothérapie, ou chimiothérapie antinéoplasique dans les 6 mois précédents
- Drépanocytose
- Hospitalisation dans l'année
- Vie en institution

4- Stratégie d'orientation et hospitalisation :



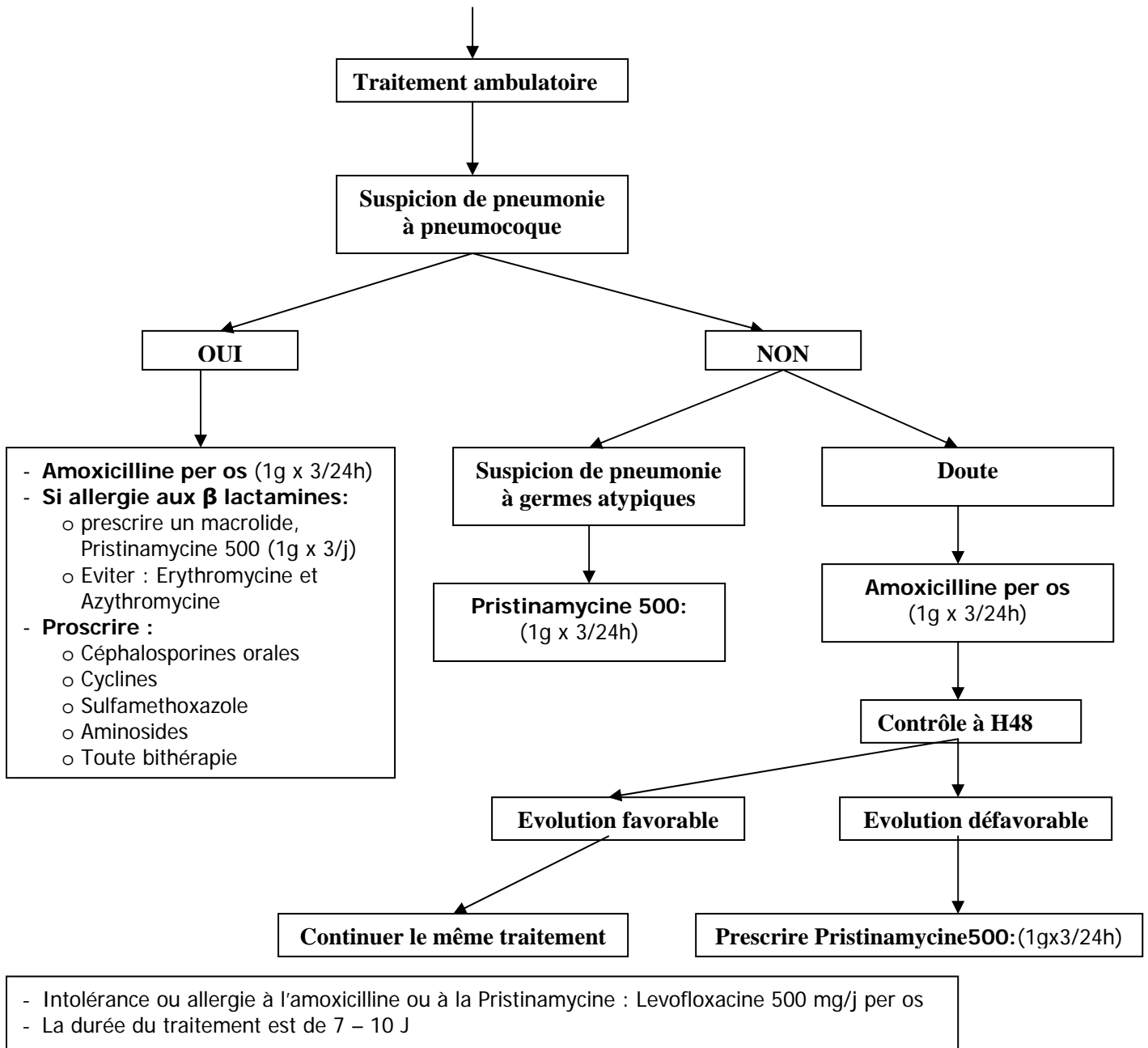


5-Traitement :

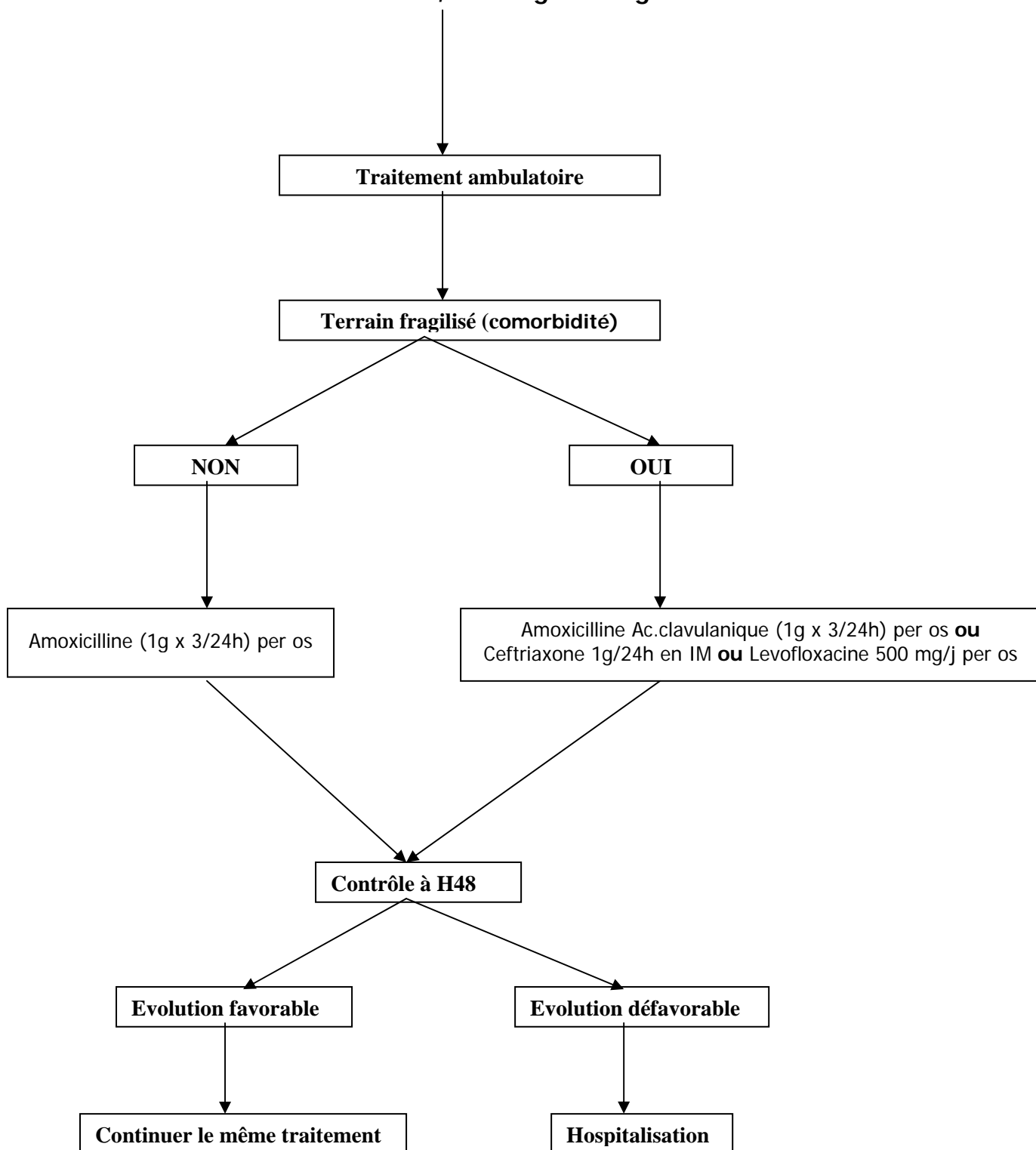
Il s'agit d'une antibiothérapie probabiliste de première intention qui repose sur les règles suivantes :

- Traiter prioritairement *Streptococcus pneumoniae* en présence d'un syndrome en foyer
- Cibler les bactéries atypiques : adulte < 40 ans, contexte épidémique
- Elargir d'emblée le spectre de l'antibiothérapie en présence de signes de gravité et/ou de facteurs de co-morbidité en couvrant : PSDP, *Legionella pneumophila*, *Staphylococcus aureus*, Bacilles à gram négatif communautaires
- Associer un antiviral dans un contexte de pandémie virale (exp. Grippe A H1N1v)

Adulte jeune, présumé sain, sans signes de gravité



Adulte > 50 ans, sans signes de gravité



Adulte nécessitant une hospitalisation en médecine (classe III et IV):

	Arguments en faveur du pneumocoque	Pas d'arguments en faveur du pneumocoque	
		1 ^{er} choix	Si échec à 48 h
Sujets jeunes Sans comorbidité	Amoxicilline (1g x 3/24h) per os ou IVL	Amoxicilline (1g x 3/24h) per os ou IVL Ou Pristinamycine 1g x 3/24h per os	Associer un macrolide Ou Substitution Par Pristinamycine
Sujets âgés Sans comorbidité	Amoxicilline (1g x 3/24h) per os ou IVL	Amoxicilline + Ac.clavulanique (1g x 3/24h) per os ou IVL. Ou Ceftriaxone (1g/24h) IV/IM Ou Céfotaxime (1g x 4/24h) IVL Ou Lévofloxacine 500 – 1 g/24h per os	Associer un macrolide Ou Substitution Par Pristinamycine
Sujets âgés Avec comorbidité	Amoxicilline (1g x 3/24h) per os ou IVL	Amoxicilline + Ac.clavulanique (1g x 3/24h) IVL. Ou Ceftriaxone (1g/24h) IV/IM Ou Céfotaxime (1g x 4/24h) en IVL Ou Lévofloxacine 500 – 1 g/24h per os	Associer un macrolide Ou Substitution Par Pristinamycine

D'après la 15^{ème} conférence de consensus en thérapeutique anti-infectieuse. SPILF Mars 2006

Adulte nécessitant une hospitalisation en Réanimation :

Situation clinique	Antibiothérapie
Sujets jeunes sans comorbidité	Céfotaxime (1-2g x 3/24h) en IVL Ou Ceftriaxone (1-2g/24h) IVL Plus macrolides IV Ou quinolone (Lévofloxacine 500 – 1 g/24h IVL)
Sujets âgés sans comorbidité	Céfotaxime (1-2g x 3/24h) en IVL Ou Ceftriaxone (1-2g/24h) IVL Plus quinolone (Lévofloxacine 500 – 1 g/24h IVL)
Sujets âgés avec comorbidité	Céfotaxime (1-2g x 3/24h) en IVL Ou Ceftriaxone (1-2g/24h) IV/IM Plus macrolides IV Ou quinolone (Lévofloxacine 500 – 1 g/24h IVL)
Suspicion de germes intracellulaires	Amoxicilline + Ac.clavulanique (2g x 3/24h) IVL + macrolide IVL Ou quinolone antipneumococcique (levofloxacine) en IVL en monothérapie : 500 – 1 g/24h

D'après la 15^{ème} conférence de consensus en thérapeutique anti-infectieuse. SPILF Mars 2006

Annexe

Fine et collaborateurs ont élaboré un score de gravité en individualisant trois groupes de malades : malades à faibles risque (classe I, II, III), à risque modéré (classe IV) et à haut risque (classe V) en fonction de l'algorithme suivant (annexe):

[*Fine MJ, Auble TE, Yealy DM, et al. A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumoniae. N Eng J Med 1997; 336: 243-50*]

Items	Score	Points ¹
Age		
Homme		nb.an.
Femme		ans -10
Grabataire		ans +10
ATCDS		
Néoplasie		+30
IC cardiaque congestive		+10
Maladie cérébro-vasculaire		+10
Pathologie rénale		+ 10
Pathologie hépatique		+20
Examen physique :		
Altération de la conscience		+20
FC >125/min		+10
FR > 30 /min		+20
PAS < 90 mmHg		+20
$\theta < 35^{\circ} \text{ c}$ ou $\geq 40^{\circ} \text{ c}$		+15
Biologie:		
pH <7,35		+30
urée >10,7 mmol/l		+20
sodium <130 mEq		+20
glycémie > 13,9 mmol/l		+10
hématocrite <30%		+10
PaO ₂ <60 mmHg ²		+10
Epanchement pleural		+10
¹ Le score est calculée par sommation de l'âge en ans (âge -10 pour les femmes) et la valeur de chaque Item		
² Sao ₂ <90% est considérée comme pathologique		

Classe	N points	Mortalité %
I	Absence de points	0.1%
II	< 70	0.6%
III	71 – 90	2.8%
IV	91 – 130	8.2%
V	> 130	29.2%