Numéro 360 du 21 octobre 2004

BIBLIOMED

Les analyses du Centre de Documentation et de Recherche en Médecine Générale

CDRMG Centre de Documentation et de Recherche en Médecine Générale
Société Savante de l'UNAFORMEC

Infections respiratoires basses aiguës chez l'adulte : Sur quels arguments décider ?

Mots clés :

Pneumonie
Infection respiratoire basse
Antibiotique
Décision

Les infections respiratoires basses aiguës (IRBA) sont un des plus fréquents motifs de consultation en médecine générale. En dehors des exacerbations de bronchite chronique, deux pathologies sont essentiellement en cause : les bronchites aiguës (BrA) et les pneumonies « communautaires » (PC), au sens anglo-saxon d'atteintes parenchymateuses acquises en dehors de l'hôpital. L'incidence de la bronchite aiguë est estimée à environ 10 millions chaque année en France[1]. Celle des PC est encore plus mal connue, probablement moins de 10% du total des IRBA[1,2,3]. En France, où la « pression antibiotiques » est l'une des plus fortes en Europe[4], la plupart des IRBA sont traitées par antibiotiques. Cependant, seules les PC justifient une antibiothérapie probabiliste, en raison de leur étiologie bactérienne dominante et de leur gravité potentielle (2 à 15% de mortalité dans des séries hospitalières). Les BrA du sujet sain sont virales dans 50 à 90% des cas ; aucun des essais contrôlés comparant antibiotiques et placebo n'a montré de bénéfices de l'antibiothérapie sur l'évolution de la maladie et la survenue de complications[1,2]. Mais sur quels arguments différencier une PC d'une BrA ? Quels sont les critères de gravité imposant une hospitalisation ? Quel traitement mettre en œuvre à domicile ? Une revue systématique américaine[2] et deux recommandations, française[1] et suisse[3], apportent quelques éléments de réponse, tout en confirmant les incertitudes.

Quelle est la valeur des signes cliniques ?

Les signes « classiques » considérés isolément ont une faible valeur prédictive pour distinguer PC et BrA : risque relatif (RR) de PC entre 1,7 et 2,1 pour la fièvre, la polypnée, la tachycardie, les râles, 0,7 en leur absence. La probabilité de PC augmente en présence de plusieurs symptômes, passant de 5% en cas de toux isolée à 18 à 42% si à la toux s'associent d'autres symptômes tels que fièvre, tachycardie, râles auscultatoires[2]. Mais la symptomatologie peut être trompeuse chez le sujet âgé ou en cas de comorbidité.

Quelle est la place de la radiographie ?

La radiographie est conseillée en cas de suspicion clinique de PC ou de critères de gravité[1,3] ; elle peut être en retard sur la clinique[2]. Sa sensibilité n'est que de 69% par rapport au scanner. Aucune image n'est spécifique de PC, encore moins d'une étiologie bactérienne[1,2].

Les examens biologiques sont-ils utiles ?

Le RR de PC est plus élevé en cas d'hyperleucocytose > 10 000 ou de CRP>50 (l'inverse est faux)[3,5], mais les études sur ce sujet souffrent de biais et de manque de puissance. Ni les français ni les suisses ne recommandent ces examens.

Quels sont les critères de gravité ?

Les américains et suisses proposent un score de risque, les français une approche plus qualitative. Les atteintes des fonctions vitales et supérieures, les comorbidités graves, des situations particulières (âge, conditions socio-économiques défavorables) augmentent le risque de mortalité et doivent faire préférer une hospitalisation.

Quel traitement en ambulatoire ?

En l'absence de signes de gravité, le traitement initial recommandé par l'AFSSaPS reste l'amoxicilline orale à 3g/j (non associée à un inhibiteur de la β-lactamase) ou un macrolide (azithro ou clarithromycine selon les experts suisses[2]), pour une période de 7 à 14 jours.
Si ce traitement est inefficace à J3, une évaluation clinique et radiologique est recommandée, puis éventuellement une modification de l'antibiothérapie : soit en changeant la molécule initiale, toujours en monothérapie, soit plus rarement en utilisant une bithérapie amox/macrolide. C'est seulement à ce stade que peuvent être discutées les fluoroquinolones antipneumococciques, les céphalosporines injectables ou l'association amoxicilline/acide clavulanique. L'hypothèse d'une hospitalisation doit toujours être rediscutée.

Que conclure pour la pratique ?

Trois grands groupes, aux symptomatologies cliniques voire radiologiques similaires, émergent :

- un groupe à faible risque où l'antibiothérapie n'est pas justifiée au moins dans l'immédiat,
- un groupe de possible PC sans caractère de gravité, à traiter par antibiothérapie probabiliste à domicile, sous surveillance attentive permettant de reconsidérer la décision initiale,
- un groupe de PC à caractère sévère, justiciable d'hospitalisation immédiate.

La décision repose sur un ensemble composite : aucun signe ou examen n'a de sensibilité suffisante pour faire le tri dans les différentes IRBA[1,2,3], comme l'a confirmé une petite étude hollandaise en médecine générale[5]. Pour le praticien « de ville », ce sont les implications pronostiques, plus que le diagnostic, qui pèsent lourdement sur la décision.

Références :

1 – AFSSaPS. Antibiothérapie par voie générale. Infections respiratoires basses de l'adulte. Disponible sur www.afssaps.sante.fr
2 – Metlay JP, Fine MJ. Testing strategies in the initial management of patients with community-acquired pneumonia. Ann Int Med 2003 ; 138 : 109-18.
3 – Lamy O et al. Prise en charge ambulatoire et hospitalière de la pneumonie acquise à domicile. Med Hyg 2004 ; 62 : 1573-8.
4 - Rapport de la CNAM-TS. Sur www.bmlweb.org/consensus_antibiotique_cnam.pdf
5 - Hopstaken RM et al. Contributions of symptoms, signs, erythrocyte sedimentation rate, and C-reactive protein to a diagnosis of pneumonia in acute lower respiratory tract infection. Br J Med Pract 2003; 53 : 358-64.

Cette revue hebdomadaire ne bénéficie d'aucun financement public ou privé et ne dépend que de ses lecteurs.
Abonnez-vous sur notre site http://www.unaformec.org/php/abo.htm
Ecrivez-nous pour toute demande d'informations à mailto:unadoc@wanadoo.fr