



Die deutschsprachige Version dieses Artikels ist im Heft 14-15 von «PrimaryCare» erschienen.

Pneumonie

Un chapitre du livre «Ambulante Medizin. Evidenz auf einen Blick»

Werner Zimmerli

Importance

- 1–3 (jusqu'à 10) cas pour 1000 adultes et par an.
- 10 000–50 000 cas par an en Suisse.
- 2000–5000 patients doivent être hospitalisés, les 80% restants sont traités efficacement en ambulatoire.
- Env. 5–10% des patients hospitalisés pour une pneumonie décèdent.
- Chez 15–20% des >85 ans, la pneumonie est la cause immédiate du décès.

Diagnostic

- Anamnèse: toux (90%), expectorations (variables), fièvre (70%), douleurs thoraciques (30%). Autres symptômes: diarrhée (surtout si légionellose), symptômes SNC (obnubilation, céphalées, méningisme), anorexie, myalgies.
- Examen clinique: tachypnée (FR >20/min), matité (percussion), respiration bronchique, râles crépitants, obnubilation, déshydratation.
- Radiographie du thorax (PA/profil): opacités d'apparition récente.
- Examens de laboratoire (parfois importants pour le pronostic): formule sanguine, CRP, électrolytes, paramètres des fonctions rénale et hépatique, gazométrie sanguine ou saturation d'oxygène.
- Examens microbiologiques
 - ambulatoire: aucun ou examen direct des expectorations (coloration de Gram) si purulentes (uniquement si expérience).
 - hôpital: hémocultures, coloration de Gram des expectorations et culture, antigènes de légionelles et de pneumocoques dans l'urine, évt culture pour légionelles ou PCR du LBA, sérologies uniquement par intérêt épidémiologique.
- Contrôles: radiographie du thorax si matité progressive, absence de réponse au traitement ou aggravation secondaire. Radiographie de contrôle à 6 semaines env. (but: normalisation, sinon évt TC à la recherche d'une néoplasie). Examens de laboratoire: contrôle de la formule sanguine et de la CRP pour documenter l'évolution.

Traitement

- Traitement ambulatoire ou hospitalier: décision fonction de facteurs sociaux et du pronostic, pouvant être estimé par les facteurs de risque [4]. Facteurs pronostiques défavorables ou indications à l'hospitalisation:
 - âge >50 ans;
 - comorbidités: malignome, insuffisance hépatique, insuffisance cardiaque, maladie cérébrovasculaire, insuffisance rénale, incompétence immunitaire;
 - facteurs de risque cliniques: obnubilation, fréquence respiratoire ≥ 30 /min, $T^{\circ} < 35^{\circ} C$ ou $\geq 40^{\circ} C$, pouls. ≥ 125 /min;
 - laboratoire et radiologie: pH art. $< 7,35$, urée ≥ 11 mmol/l, Na < 130 mmol/l, glycémie ≤ 4 mmol/l, hémocrite $< 30\%$, PaO₂ < 8 kPa, épanchement pleural.
- L'antibiothérapie doit tenir compte des nouveaux problèmes de résistance (aux macrolides et aux pénicillines pour les pneumocoques, aux quinolones pour les staphylocoques):
 - bon état général, pneumonie atypique: macrolide, doxycycline;
 - relativement bon état général, pneumonie typique ou problème de fond: amoxicilline/acide clavulanique ou céphalosporine de 2^e génération;
 - mauvais état général: hospitalisation, amoxicilline/acide clavulanique ou céphalosporine de 2^e génération (par ex. ceftriaxone) avec ou sans macrolide; cas particuliers (allergie, résistance): lévofloxacine (Tavanic®) ou moxifloxacine (Avalox®).

Références

- 1 Woodhead M, et al. Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections. Eur Resp J. 2005;26:1158–80.
- 2 Barlett JG, et al. Community-acquired pneumonia. N Engl J Med. 1995;333:1618–24.
- 3 Bochud PY, et al. Community-acquired pneumonia. A prospective outpatient study. Medicine (Baltimore). 2001;80:75–87.
- 4 Fine MJ, et al. A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia. N Engl J Med. 1997;336:243–50.
- 5 Gonzales R, et al. Antibiotic prescribing for adults with colds, upper respiratory tract infections, and bronchitis by ambulatory care physicians. JAMA. 1997;278:901–4.

- 6 La Force FM. Community-acquired lower respiratory tract infections. Prevention and cost-control strategies. *Am J Med.* 1985;78:52–7.
- 7 Loeb M, et al. Risk factors for pneumonia and other lower respiratory tract infections in elderly residents of long-term care facilities. *Arch Intern Med.* 1999;159:2058–64.
- 8 Low DE. Trends and significance of antimicrobial resistance in respiratory pathogens. *Curr Opin Infect Dis.* 2000 Apr;13:145–153.
- 9 Metlay JP, et al. Does this patient have community-acquired pneumonia? Diagnosing pneumonia by history and physical examination. *JAMA.* 1997;278:1440–5.
- 10 Pallares R, et al. Resistance to penicillin and cephalosporin and mortality from severe pneumococcal pneumonia in Barcelona, Spain. *N Engl J Med* 1995;333:474–80. Erratum in: *N Engl J Med.* 1995;333:1655.
- 11 Tauber MG. [Pneumonia: what's new?]. *Schweiz Med Wochenschr.* 1999;129:563–9.
- 12 Zimmerli W. [Pneumonia in clinical practice: diagnosis and therapy]. *Schweiz Rundsch Med Pra.* 1994;83:1374–7.
- 13 Zimmerli W, Lode H, Hrsg. Pneumonien. *Ther Umsch.* 2001;58:573–624. (Sonderheft mit 9 Artikeln)

Tiré de: Benedict Martina, Edouard Battégay, Peter Tschudi (éd.).
Ambulante Medizin. Evidenz auf einen Blick
Basel: EMH Schweizerischer Ärzteverlag; 2006.
119 pages. Fr. 20.– / EUR 14.–
ISBN 978-3-7965-2262-8
(en allemand seulement).
Infos et commande sous www.emh.ch

Prof. Werner Zimmerli
Medizinische Universitätsklinik
Kantonsspital
Rheinstrasse 26
4410 Liestal
werner.zimmerli@ksli.ch