

# La prise en charge des infections respiratoires

## *Avoir les bons outils cliniques*



**Karl Weiss, MD, MSc, FRCPC**

Présenté dans le cadre de la conférence : *Mise à jour en pneumologie*, Université de Montréal, décembre 2005

*Les infections respiratoires (sinusite, bronchite, pneumonie) constituent une des premières causes de consultations pour les médecins de première ligne.*

Les infections respiratoires (sinusite, bronchite, pneumonie) constituent une des premières causes de consultations pour les omnipraticiens. C'est aussi, en terme d'importance, la première cause de prescription d'un antibiotique à l'extérieur du milieu hospitalier, ce qui peut avoir des conséquences importantes sur la sensibilité des pathogènes aux différentes classes d'antibiotiques.

D'un point de vue pratique, plusieurs questions-clé ne sont pas claires pour les médecins œuvrant en pratique privée. Quels outils cliniques sont les plus utiles pour prendre en charge une exacerbation aiguë de bronchite chronique ou une pneumonie?

## **L'exacerbation aiguë de la bronchite chronique**



**Quels symptômes doit-on rechercher dans les exacerbations aiguës de bronchite chronique?**



Trois critères, encore appelés critères d'Anthonisen, ont été démontrés comme ayant une valeur clinique pour déterminer la présence

Le **Dr Weiss** est professeur agrégé de clinique à l'Université de Montréal et professeur associé de médecine à l'Université McGill.

d'un épisode d'exacerbation :

- la présence d'une dyspnée augmentée;
- une augmentation de la purulence des expectorations;
- une augmentation de la quantité des expectorations.

La présence d'au moins deux de ces critères est une indication pour débiter une antibiothérapie. Il est important de noter que la fièvre est rarement présente dans une simple exacerbation.

## Q Quels sont les micro-organismes causant une exacerbation aiguë?

R Le type de micro-organismes rencontré dépendra principalement de la condition de base du patient, ici déterminée par son VEMS (volume expiratoire maximum seconde) évalué à l'état stable. De façon générale, les bactéries, telles que *Hemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* et, plus rarement, *Streptococcus pneumoniae*, vont surtout se retrouver chez les patients ayant un VEMS supérieur à 50 % de la valeur prédite. Par la suite, la règle de base est que plus le VEMS est bas, plus la proportion de bactéries Gram négatif augmente.

## Q Pourquoi est-il important d'administrer la bonne classe d'antibiotiques?

R Plusieurs études ont démontré que la prescription de la classe d'antibiotiques la plus appropriée selon les circonstances a un effet sur la durée libre de maladie entre deux épisodes, sur l'éradication bactérienne et sur le coût global du traitement. Cela est d'autant plus important si la maladie primaire est avancée ou grave.

## Q Comment classifie-t-on les différents types de bronchite chronique et quels antibiotiques administrer?

R Les dernières lignes directrices canadiennes ont divisé les patients en trois groupes (quatre si la bronchite aiguë est incluse). Notre choix de l'antibiothérapie se fait au moyen d'une stratification rationnelle des patients selon :

- la gravité de la maladie (telle que déterminée par l'étude de la fonction respiratoire);
- la fréquence des exacerbations;
- l'âge;
- la présence de maladies comorbides;
- l'utilisation d'oxygénothérapie au long cours et ou de corticostéroïdes oraux;
- la prise d'antibiotiques dans les trois mois précédents.

Le tableau 1 (page 88) résume les différentes indications d'antibiothérapie.

## La pneumonie communautaire

### Q Quelle est l'épidémiologie de la pneumonie communautaire?

R L'épidémiologie microbienne de la pneumonie communautaire acquise est complexe et peut varier selon :


- les saisons;
- l'âge du patient;
- les conditions biopsychosociales dans lesquelles évolue le patient;
- la présence de facteurs modulateurs, tels les

comorbidités, la prise antérieure d'antibiotiques ou le lieu de résidence (domicile, centre d'accueil, etc.).


Il est impossible de prédire avec exactitude l'étiologie de la pneumonie en fonction des symptômes et des signes cliniques. Il faut aussi souligner que l'on ne peut identifier un agent étiologique que dans 50 % des cas. Le *Streptococcus pneumoniae* demeure la bactérie prédominante, car elle est impliquée dans 12 à 42 % des cas. De plus, 70 % de la mortalité associée à la pneumonie lui est attribuée.

Les autres micro-organismes impliqués sont principalement le *Mycoplasma pneumoniae* (6 à 26 %), la *Chlamydia pneumoniae* (3 à 15 %), l'*Haemophilus influenzae* (2 à 12 %), les bactéries Gram négatif (1 à 7 %), le *Staphylococcus aureus* (1 à 5 %) et le *Legionella pneumophila* (0,5 à 7,5 %). Les virus sont impliqués dans près de 25 % des cas. Par ailleurs, 5 à 15 % des cas présentent une étiologie impliquant plusieurs pathogènes.

## Quel est le seul examen utile pour la prise en charge d'une pneumonie dans un contexte de clinique externe?

 La radiographie pulmonaire est le seul examen utile dans un contexte ambulatoire, puisque, par définition, une pneumonie affiche sur la radiographie des symptômes respiratoires associés à un infiltrat de novo. Il est également suggéré d'effectuer une radiographie de contrôle six semaines après la fin du traitement antibiotique chez les patients plus à risque (patient de plus de 40 ans, fumeur, ex-fumeur, etc.).

## Comment peut-on évaluer la gravité d'une pneumonie?

 Plusieurs règles permettent d'évaluer le risque de complications de la maladie. Le score PSI (*Pneumonia Severity Index*), initialement développé pour évaluer la mortalité, est très utile. Un autre score, le CURB\_65 (basé sur la présence de quatre facteurs clés), est également très facile d'utilisation. Il est important de se rappeler que la tachypnée supérieure à 30 par minutes est le symptôme le plus important à rechercher. *Clin*

**Pour consulter le tableau 1, allez à la page suivante** 

### Bibliographie

1. Balter MS, La Forge J, Low DE, et coll: Canadian guidelines for the management of acute exacerbations of chronic bronchitis: executive summary. *Can Resp Journal*, 2003; 10(5):248-58.
2. Fine MJ, Auble TE, Yealy DM, et coll: A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia. *NEJM* 1997; 336:243-50.
3. Lim WS, van der Eerden MM, Laing R, et coll: Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study. *Thorax*, 2003; 58:377-82.
4. Mandell LA, Marrie TJ, Grossman RF, et coll: Canadian guidelines for the initial management of community-acquired pneumonia: an evidence-based update by the Canadian Infectious Diseases Society and the Canadian Thoracic Society. The Canadian Community-Acquired Pneumonia Working Group. *Clinical Infectious diseases*, 2000; 31:383-421.

### Sitographie

1. Site internet du conseil du médicament du Québec. Recommandations en terme de traitement antibiotique. [www.cdm.gouv.qc.ca/site/index.php?fr\\_publications\\_guides\\_antibiotherapie](http://www.cdm.gouv.qc.ca/site/index.php?fr_publications_guides_antibiotherapie)

Tableau 1

Indications d'antibiothérapie selon le type de bronchite

Type de bronchite	Facteurs de risque	Pathogènes probables	Premier choix d'antibiotique	Autres choix d'antibiotique
<b>Trachéobronchite aiguë (classe 0)</b>	Aucun	Virus	Aucun	Macrolide si symptômes > 7 à 10 jours
<b>Bronchite chronique simple (classe 1)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MPOC</li> <li>• Tabagisme</li> <li>• 50 % &lt; VEMS &lt; 70 %</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Hæmophilus influenzae</i></li> <li>• <i>Hæmophilus spp</i></li> <li>• <i>Moraxella catarrhalis</i></li> <li>• <i>Streptococcus pneumoniae</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amoxicilline</li> <li>• Tétracycline</li> <li>• TMP/SMX</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amoxicilline-clavulanate</li> <li>• Céphalosporine de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> génération</li> <li>• Fluoroquinolones</li> <li>• Nouveaux macrolides (azithromycine, clarithromycine)</li> </ul>
<b>Bronchite chronique compliquée (classe 2)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• VEMS &lt; 50 %</li> <li>• &gt; 4 exacerbations/an</li> <li>• Âge &gt; 65 ans</li> <li>• Comorbidité significative (insuffisance cardiaque)</li> <li>• Oxygénothérapie</li> <li>• Corticothérapie orale chronique</li> <li>• Antibiothérapie dans les 3 mois préalables</li> </ul>	<p>Comme pour la classe 1, en plus de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Klebsiella spp</i> et autres bactéries Gram négatif</li> <li>• probabilité plus grande d'une résistance aux β-lactamines</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amoxicilline-clavulanate</li> <li>• Céphalosporine de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> génération (céfuroxime, cefprozil, céfixime)</li> <li>• Fluoroquinolones</li> <li>• Nouveaux macrolides (azithromycine, clarithromycine)</li> </ul>	Peut nécessiter une thérapie parentérale
<b>Bronchite chronique suppurative (classe 3)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bronchiectasies</li> <li>• VEMS &lt; 35 %</li> </ul>	<p>Comme pour la classe 2, en plus de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Pseudomonas aeruginosa</i></li> <li>• Entérobactéries multirésistantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciprofloxacine</li> <li>• Hospitalisation : traitement parentéral possiblement requis</li> </ul>	

NB : L'ordre attribué aux antibiotiques est exclusivement alphabétique et ne relève pas d'un choix préférentiel.