

Préambule : Le résumé suivant est rédigé à partir de notes prises au vol. Des erreurs ou fautes de frappe sont possibles.

Voici le lien pour visualiser les visioconférences HUG-CHUV :

<http://dea.hug-ge.ch/enseignement/formcontinue.html>

Nom d'utilisateur : formationcontinue

Mot de passe : pediatrie (pas de majuscule ni d'accent)

## **Colloque de pédiatrie Lausanne-Genève du mardi 28 mars 2017**

### **Pneumonie au cabinet**

Orateurs : Dr S. Guinand, Dre N. Wagner

Un garçon de cinq ans présente une fièvre depuis 3 jours, il est inconfortable et se plaint de douleurs abdominales. L'état général est conservé, la nuque est souple, à l'auscultation pulmonaire des râles crépitants sont entendu à la base gauche. Un diagnostic de pneumonie de la base gauche est posé, un traitement de clarithromycine est introduit en pensant à une pneumonie à mycoplasme. Devant la persistance de l'état fébrile, les parents reconsultent aux urgences où une radiographie est pratiquée montrant une pneumonie bilatérale ; le traitement de clarithromycine est poursuivi. Finalement, l'état général s'améliore.

Une fille de sept ans présente une fièvre à 40° depuis 2 jours, avec fatigue. L'état général est conservé, l'enfant est bien perfusée, un diagnostic de virose est posé. Après 2 jours, la fièvre persiste. Des examens sanguins sont pratiqués montrant une CRP à 185, une leucocytose à 12'000 avec 6% de non segmentés. Un diagnostic de probable pneumonie est posé et un traitement d'Amoxicilline introduit. Les parents reconsultent aux urgences, une radiographie est pratiquée montrant une pneumonie du lobe supérieur droit. Le traitement d'Amoxicilline est poursuivi en 3 doses au lieu de deux. Après 2 jours, la fièvre persiste et un traitement de clarithromycine et adjoints à l'Amoxicilline. Un frottis pour mycoplasme revient positif et le traitement d'Amoxicilline stoppé.

Les pneumonies communautaires sont très fréquentes et sont une cause de mort importante dans le monde. L'incidence est estimée de 36 à 40 pour 1000 enfants en-dessous de cinq ans, de 11 à 16 sur 1000 enfants de plus de cinq ans.

En 2011, des recommandations anglaises et américaines ont été publiées, et reprises et publiées en Suisse dans la revue médicale (Prise en charge ambulatoire de la pneumonie communautaire de l'enfant : mise au point, N Wagner et al, Rev medSuisse 2016 12 344-9).

Il s'agit d'une infection aiguë touchant les voies respiratoires inférieures avec atteinte radiologique.

Pour l'OMS, le diagnostic est à évoquer en cas de fièvre, toux, polypnée.

Qu'elle en est la cause ? La recherche étiologique est souvent difficile. Plusieurs pathogènes sont souvent retrouvés. Une étude américaine sur 2200 enfants, avec

frottis nasal ou de gorge, expectorations, sérologie, et parfois liquide de lavage broncho alvéolaire, chez des enfants hospitalisés, âgés de 1 à 17 ans, a trouvé pour les enfants de deux ans, 60% de cause virale, en particulier le virus respiratoire syncytial, et la grippe chez les plus âgés. Le mycoplasme est rare chez le petit enfant, plus fréquent après cinq ans ; le pneumocoque était retrouvé dans 4% des cas, mais ce germe est difficile à détecter. On retrouve dans l'article de la docteur Wagner revue médicale Suisse 2016 un tableau des étiologies.

Les critères cliniques sont fièvre et tachynée, plus ou moins associée à une auscultation pulmonaire pathologique et des signes de détresse respiratoire. D'autres critères cliniques ont été proposés dans Lynch Pediatrics 2004 mais semblaient avoir une mauvaise spécificité.

Quels examens complémentaires pratiquer ?

Radiographie du thorax : pas systématiquement, elle n'apporte pas d'informations étiologiques. La radiographie est à faire s'il y a une indication à une hospitalisation, ou une grosse matité évoquant une complication comme épanchement thoracique. L'utilité de la radiographie de profil est discutée.

Protéine C réactive : pour les Anglais, il ne faut pas la doser systématiquement, sauf en cas de signe de gravité (Flood Ped Inf Dis 2008). Est-ce que la CRP permet de diagnostiquer une cause virale versus une cause bactérienne ? Si l'élévation est > 60, il s'agit probablement d'une infection bactérienne, mais la spécificité n'est pas bonne. Un seuil à 50 présente une sensibilité de 64% et une spécificité de 74%. La proposition publiée dans la revue médicale Suisse et un seuil à 40, si le seuil est > à 40 il faut envisager une antibiothérapie. Par exemple : un garçon de quatre ans présente fièvre, baisse de l'état général, fréquence respiratoire à 25 sans signe de détresse respiratoire. À la radiographie, il y a une suspicion d'infiltrat pulmonaire, la CRP est à 60. Au 5<sup>e</sup> jour, un antigène pneumocoque revient positif, mais l'enfant est toujours fébrile. Finalement, sans traitement, il y a amélioration de l'état général et disparition de la fièvre.

Ce cas illustre l'utilité de l'antigène pneumococcique. Il n'est pas spécifique et peut également monter lors de présence d'otite, fréquente chez l'enfant. Une étude publiée par le Professeur Galletto sur 75 enfants hospitalisés, a recherché l'influence de la combinaison entre différents paramètres inflammatoires et cliniques pour prédire une pneumonie. Une CRP élevée et un antigène pneumonique positif ont une bonne valeur prédictive pour une pneumonie à pneumocoque.

L'hémoculture est à réserver dans les cas de pneumonie hospitalière, rarement positive.

Une recherche virale par frottis nasal est utile, mais pas toujours spécifique. Par contre un test de grippe est utile et influence l'usage de l'antibiotique.

Une fille de cinq ans, connue pour drépanocytose, présente toux, fièvre, CRP à 46, hémoglobine à 87. La radiographie pulmonaire montre un foyer pulmonaire, un traitement de Ceftriaxone est introduit. Après 3 jours, la fièvre persiste et une recherche de mycoplasme revient positive.

Le mycoplasme est une cause fréquente de pneumonie, sans signe spécifique clinique. Il n'y a également pas de signe radiologique spécifique. La sérologie n'est pas utile dans l'urgence, mais peut être utile à posteriori. La recherche de mycoplasme dans la gorge n'est pas toujours diagnostiquée, un portage est possible. Chez les patients avec PCR positif, 21.1% était asymptomatique, et 16.2 % des patients symptomatiques étaient positifs. Une évolution favorable est possible sans traitement.

Quel traitement appliquer ? En premier, il est nécessaire de traiter le streptocoque, par amoxicilline, puis le staphylocoque (plus rare), (plus fréquent après une grippe, premier choix co-amoxicilline), *Haemophilus influenzae* est devenu rare depuis la vaccination, et peut nécessiter un traitement de Ceftriaxone. Le mycoplasme se traite par macrolides, mais peut guérir sans antibiotique. Il existe maintenant des mycoplasmes résistant aux macrolides, ce qui est un problème émergent surtout en Asie, un traitement de quinolone doit être envisagé. Les dosages des antibiotiques sont publiés dans la revue médicale Suisse.

Quand référer le patient ?

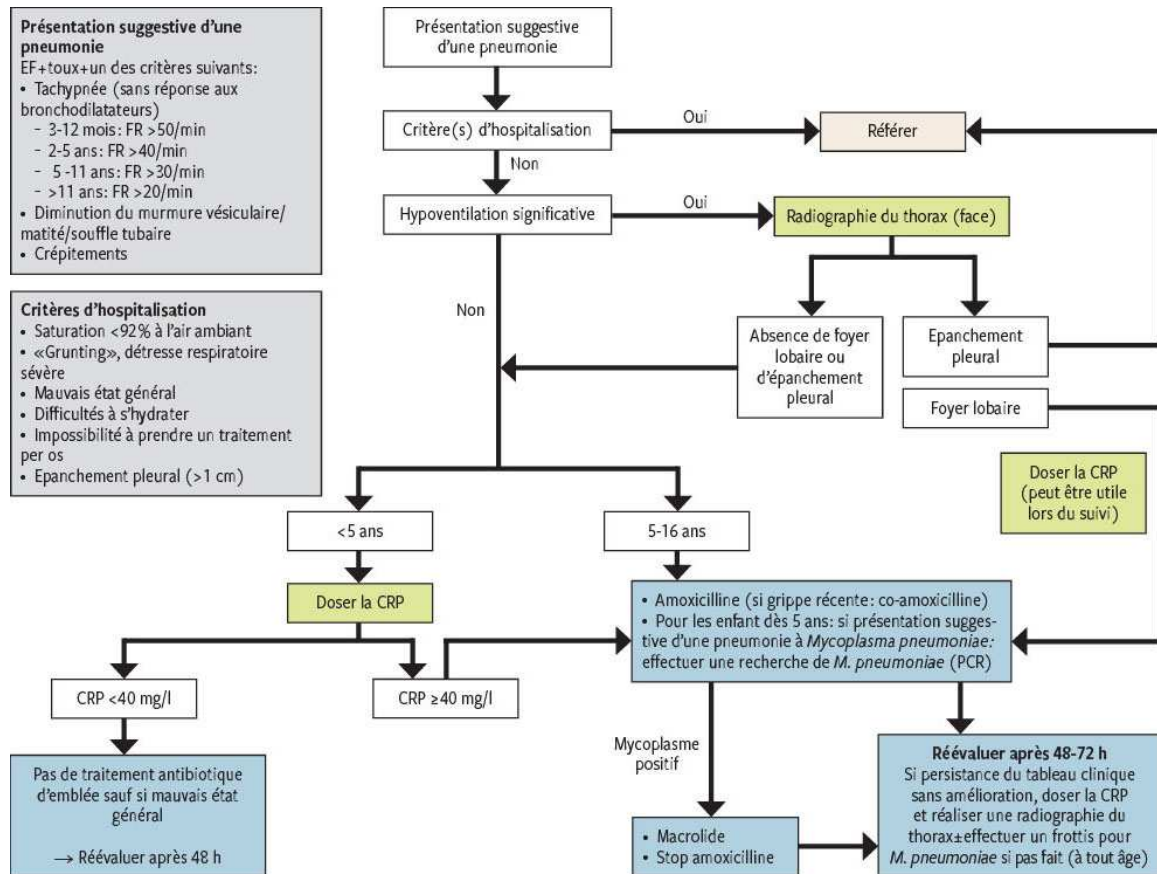
En cas de mauvais état général.

En cas d'épanchement pleural de plus que 1 cm.

Il est recommandé de procéder à un contrôle 48 à 72 heures après le début du traitement, le suivi radiologique n'est pas forcément utile.

En cas d'atélectasie, de pneumonie compliquée, le recours aux spécialistes est utile.

Algorithme de prise en charge : Dre Wagner, RevMedSuisse :



Compte rendu du Dr V. Liberek

[vliberek@bluewin.ch](mailto:vliberek@bluewin.ch)

Transmis par le laboratoire MGD

[colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)