

Prise en charge diagnostique et thérapeutique

Infections respiratoires aiguës

La pneumonie chez le résident d'établissement médico-social (EMS) représente la cause la plus fréquente de transfert en soins aigus; son incidence varie entre 0.6 et 2.6/1000 jours-EMS (données nord-américaines) en fonction des critères diagnostiques utilisés. Elle représente globalement 13 à 48% des infections dans cette population. La mortalité élevée, jusqu'à 40% dans certaines séries, est le fait des nombreuses comorbidités chez ces patients.

Les facteurs de risque de la pneumonie acquise en EMS sont nombreux; parmi ceux-ci, on retrouve notamment l'âge avancé, le sexe masculin, les troubles de la déglutition, la mauvaise hygiène buccale, les comorbidités importantes, la nutrition par sonde nasogastrique/jéjunale ainsi que certains traitements (antipsychotiques, anticholinergiques, antiacides principalement).

Par ailleurs, une hospitalisation et/ou une antibiothérapie récente, une colonisation précédemment documentée, voire une haute prévalence de tels pathogènes dans l'établissement concerné représentent des facteurs de risque d'infections à germes multi-résistants.

Les germes prédominants en EMS restent *Streptococcus pneumoniae* et *Haemophilus influenzae*, comme dans la pneumonie communautaire. La flore oropharyngée (streptocoques, anaérobies notamment) est impliquée en cas de bronchoaspiration. D'autres germes comme *Staphylococcus aureus* (y.c. MRSA), *Legionella* ou les bacilles gram-négatifs (y.c. *Pseudomonas*) sont plus rares mais surreprésentés dans les situations de pneumonies

sévères ou dans des contextes épidémiologiques particuliers (épidémie de grippe, immunosuppression ou pathologie pulmonaire sous-jacente).

Les recommandations de prise en charge diagnostique et thérapeutique décrites dans la Figure 1 sont extraites du Guide pratique de prévention et de traitement des infections en EMS (cf. éditorial). Elles ne s'appliquent pas aux situations d'infections respiratoires subaiguës/chroniques, pour lesquelles d'autres étiologies sont à rechercher (réactivation d'une tuberculose, actinomycose, etc.) avec une démarche diagnostique qui diffère.

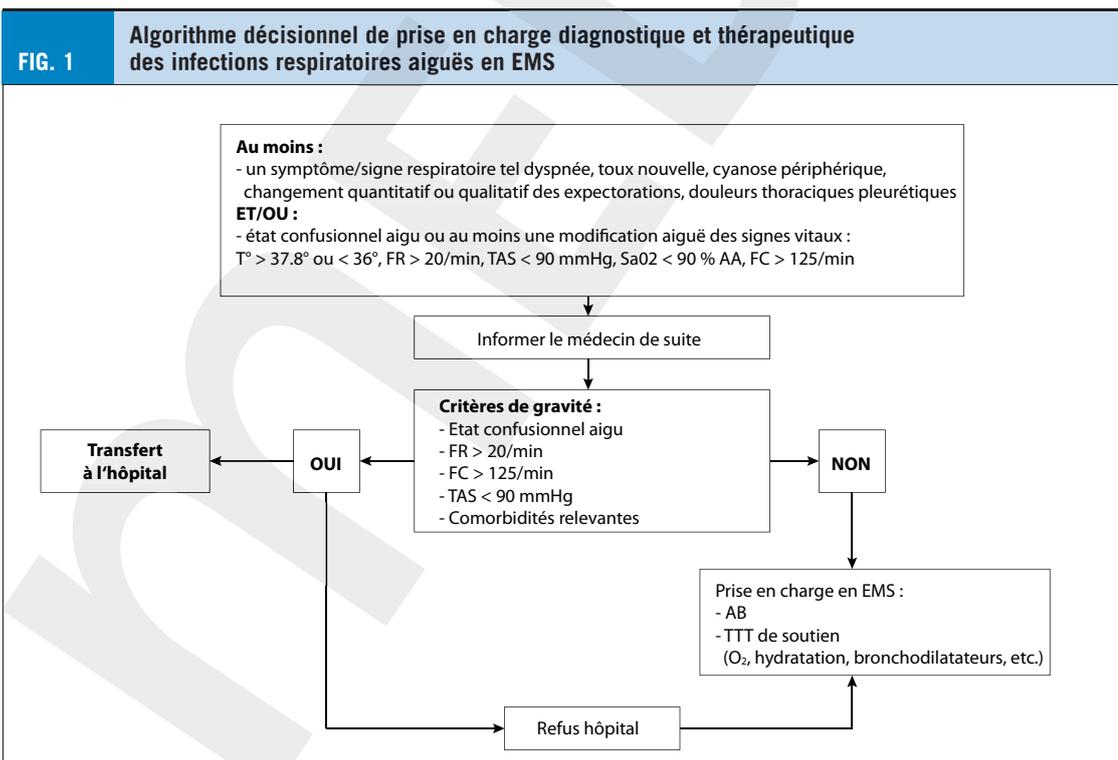


Dr méd.
Stephan Eyer
Martigny, St-Maurice

Présentation clinique

Les infections respiratoires aiguës chez le résident d'EMS se manifestent souvent de manière moins classique que chez la personne du même âge avec pneumonie communautaire. Seuls deux tiers des résidents d'EMS avec pneumonie présentent un état fébrile supérieur à 38°C. Les critères d'appel cliniques sont la présence de :

- ▶ au moins un symptôme/signe respiratoire tel une dyspnée, une toux nouvelle, une cyanose périphérique, un changement quantitatif ou qualitatif des expectorations ainsi que des douleurs thoraciques pleurétiques,
- ▶ et/ou un état confusionnel aigu ou au moins une modification aiguë des signes vitaux suivants : température axillaire supérieure à 37.8°C ou inférieure à 36°C, fréquence respiratoire supérieure à 20/min, tension systolique inférieure à 90 mmHg, saturation en oxygène inférieure à 90% à l'air ambiant, fréquence cardiaque supérieure à 125/min.



Examens complémentaires

La réalisation d'un bilan biologique complémentaire (électrolytes, glycémie, fonction rénale, formule sanguine) sera décidée au cas par cas par le médecin en charge, en fonction des comorbidités potentiellement décompensées du patient.

La suspicion clinique de pneumonie devrait conduire à la réalisation d'un cliché de thorax pour poser le diagnostic et rechercher d'éventuels diagnostics alternatifs (décompensation cardiaque, etc.) ou complications (épanchement pleural, abcès). Cet examen reste toutefois difficile voire parfois impossible à obtenir en EMS.

La réalisation d'un bilan microbiologique extensif à la recherche du germe étiologique est controversée au vu du faible rendement attendu en l'absence de critères de sévérité et de la difficulté d'obtention de ces examens en EMS. Les examens suivants sont donc optionnels, laissés à l'appréciation du médecin selon leur disponibilité au sein d'un établissement donné et selon le status clinique du patient. Une culture bactériologique des expectorations se justifie en présence d'une toux productive. Lors d'état septique ou de frissons solennels, le prélèvement d'hémocultures doit précéder l'instauration des antibiotiques. La recherche d'antigènes urinaires pour pneumocoque (sensibilité moyenne, meilleure pour les pneumonies sévères) ou légionelle (pneumonie sévère, contexte épidémiologique) peut se discuter, en se rappelant que ces tests peuvent rester positifs plusieurs mois après une pneumonie causée par ces germes.

Traitement

Si le patient est éligible pour un transfert en soins aigus, il convient en premier lieu d'évaluer d'éventuels critères d'hospitalisation tels l'incapacité à prendre un traitement oral et à s'hydrater suffisamment (en l'absence de possibilité de traitement intraveineux dans l'établissement), l'hypoxémie marquée, l'instabilité hémodynamique, l'état confusionnel aigu, la présence de comorbidités importantes (broncho-pneumopathie chronique obstructive sévère, décompensation diabétique, néoplasie active, insuffisance cardiaque, cirrhose hépatique, pathologie neurologique ou immunosuppression), la colonisation respiratoire précédemment documentée par des germes résistants (entérobactéries productrices d'ESBL, MRSA, *Pseudomonas aeruginosa* notamment), voire des perturbations importantes du bilan biologique éventuellement réalisé.

Le Tableau 1 propose un choix d'antibiotiques (adaptation à la fonction rénale) pour le patient non-hospitalisé. Une durée brève de traitement de 7 jours est suffisante pour la plupart des pathogènes en cas d'évolution favorable. Font exceptions les infections à staphylocoques dorés, légionelle, mycoplasmes et *Pseudomonas*, qui nécessitent dans la règle un traitement prolongé de 14 jours. Lors d'hospitalisation du patient, il est recommandé de ne pas

débuter d'antibiothérapie avant le transfert aux urgences hormis lors de sepsis sévère ou de choc septique.

En plus du traitement antibiotique, un traitement de soutien est nécessaire. En l'absence de pathologie pulmonaire préexistante (asthme, bronchite chronique), il n'y a pas d'évidence en faveur de l'utilisation systématique de bronchodilatateurs. Leur prescription est laissée à l'appréciation du médecin en charge, en fonction du status clinique. La prescription de physiothérapie respiratoire (notamment assistance à l'expectoration active – Bulau®/passive) se justifie principalement chez le patient présentant une hypersécrétion bronchique et/ou une pathologie pulmonaire sous-jacente. Les antitussifs sont à éviter sans avis médical.

Prévention

La vaccination annuelle contre la grippe et la vaccination contre le pneumocoque (Pneumovax®/PSV23) à l'admission en EMS sont les deux mesures recommandées permettant une amélioration des moyens de défenses de l'organisme. L'origine souvent endogène des pneumopathies rend leur prévention complexe.

TAB. 1 Antibiothérapie empirique de l'infection pulmonaire		
	Traitement empirique recommandé	Remarques
Pneumonie / Broncho-pneumonie	Amoxicilline/clavulanate po 1g 2x/j pd 7 j (Cl. creat > 30 ml/min) Cefuroxime po 500mg 2x/j pd 7 j (Cl. creat > 20 ml/min) Ceftriaxone iv ou im 2g 1x/j pd 7 j	Allergie de type I à la pénicilline Incapacité à traiter oralement
Pneumonie sur broncho-aspiration	Clindamycine po 600mg 3x/j pd 7 j	

TAB. 2 Mesures de prévention des broncho-aspirations	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Eviter les médicaments sédatifs chez le patient à risque (favorisent les fausses routes) ▶ Épaississement des liquides en cas de fausses routes ▶ Hygiène orale (brossage dentaire quotidien + rinçage avec chlorhexidine 0.12 %) ▶ Positionnement du patient (semi-assis : 30°–45°) en particulier lors du repas ▶ Physiothérapie de mobilisation du résident alité ▶ Physiothérapie par Bulau® ▶ Physiothérapie respiratoire par un physiothérapeute 	

TAB. 3 Prévention de la transmission de la grippe	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Vaccination annuelle du personnel soignant ▶ Port du masque durant la saison de la grippe par le personnel soignant non vacciné, ceci lors de soins rapprochés (< 1m) en chambre ou salle de traitement ▶ Port du masque par le personnel soignant lors de soins rapprochés (< 1m) en chambre chez le résident avec grippe ▶ Maintien du résident grippé en chambre tant que symptomatique ▶ Désinfection quotidienne avec un détergent désinfectant de l'environnement direct du résident grippé (table de nuit, potence, barrière, sonnette, accoudoirs) 	

Les mesures de prévention des broncho-aspirations rapportées dans le Tableau 2 sont consensuelles. Les recommandations de la prévention de la grippe saisonnière, tant chez le résident d'EMS que parmi le personnel soignant, sont rappelées dans le Tableau 3.

Dr méd. Stephan Eyer

Département de gériatrie du Valais romand,
Hôpital de Martigny et Clinique St-Amé, St-Maurice
stephan.eyer@hopitalvs.ch

Dr méd. Olivier Clerc

Département de médecine et maladies infectieuses, Unité de prévention et contrôle de l'infection, Hôpital neuchâtelois, Site Pourtalès, Neuchâtel

Dr méd. Ahmed Jabri

Service de gériatrie et réadaptation gériatrique
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne

Mme Nicoleta Taran

Infirmière de ressources en gestion, établissement médico-social
La Rozavère, Lausanne

Dr méd. Christiane Petignat

Unité de prévention et contrôle de l'infection
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne

Références:

1. El-Solh AA. Nursing home acquired pneumonia: approach to management. *Curr Opin Infect Dis* 2011; 24: 148–51
2. High KP et al. Clinical practice guideline for the evaluation of fever and infection in older adult residents of long-term care facilities: 2008 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 2008; 48: 149–71
3. El-Solh AA, Niederman MS, Drinka P. Nursing home-acquired pneumonia: a review of risk factors and therapeutic approaches. *Curr Med Res Op* 2010; 12: 2707–14
4. Polverino E et al. Nursing-home acquired pneumonia: a 10 year single center experience. *Thorax* 2010; 65: 354–9
5. Chalmers JD et al. Epidemiology, antibiotic therapy, and clinical outcomes in health care-associated pneumonia: a UK cohort study. *Clin Infect Dis* 2011; 53: 107

Message à retenir

- ◆ Les infections respiratoires aiguës représentent la deuxième cause d'infection en EMS; la mortalité y est élevée
- ◆ Les critères d'appel cliniques sont l'apparition de symptômes/signes respiratoires mais également un état confusionnel aigu associé à une modification des signes vitaux ($T^{\circ} > 37.8^{\circ}\text{C}$ ou $< 36^{\circ}\text{C}$, $\text{FR} > 20/\text{min}$, $\text{TAS} < 90 \text{ mmHg}$, $\text{SaO}_2 < 90\%$, $\text{FC} > 125/\text{min}$)
- ◆ Une radiographie de thorax doit être réalisée en cas de suspicion de complication (épanchement pleural, abcès)
- ◆ Les mesures de prévention primordiales sont la vaccination contre le pneumocoque à l'admission en EMS et la vaccination annuelle contre la grippe