

Infections aiguës des voies respiratoires inférieures chez l'adulte

► Patient présentant une infection aiguë des voies respiratoires inférieures

1. Une maladie aiguë (présente maximum 21 jours)
2. Toux comme symptôme le plus important
3. Au moins un deuxième symptôme: crachats, dyspnée, signes focaux, douleur thoracique
4. Aucune autre explication pour les symptômes (asthme, sinusite, pharyngite)

Etape 1: Etiologie des plaintes à pronostic vital possible?

Pneumonie?

- Absence de fièvre, pouls normal, fréquence respiratoire normale: risque réduit de 80%. **Attention aux personnes âgées présentant des symptômes atypiques e.a. si elles ont un status mental modifié.**
- La présence de signes focaux auscultatoires, de facteurs de risque de maladie sévère ($t^{\circ} > 40^{\circ}\text{C}$ et tachycardie et/ou tachypnée) ou de comorbidité (voir verso) rend la possibilité de pneumonie plus importante.

Oui → Voir verso

Non ↓

Autres causes?

Songer à: une embolie pulmonaire, aspiration, substances toxiques, insuffisance cardiaque congestive (oedème pulmonaire) et pneumothorax.

Oui → Le diagnostic adapté et les directives de prise en charge sortent du cadre de cette recommandation

Non ↓

Etape 2: Autre cause possible qu'une infection des voies respiratoires inférieures non compliquée?

Songer à: une sinusite, une angine/pharyngite, de l'asthme, une BPCO ou une exacerbation aiguë de BPCO.

Non ↓

Oui → Le diagnostic adapté et les directives de prise en charge sortent du cadre de cette recommandation

Etape 3: Traiter un patient présentant une infection non compliquée des voies respiratoires inférieures

Un diagnostic complémentaire est inutile.

- S'enquérir des attentes du patient.
- Rassurer et donner des informations quant à l'origine et à la durée des plaintes.
- Expliquer pourquoi un antibiotique n'est pas nécessaire.
Les avantages possibles d'un antibiotique (amélioration spontanée de huit patients sur dix; les antibiotiques n'apportent une amélioration clinique que pour un patient supplémentaire) ne font pas le poids versus désavantages (effets indésirables pour un patient sur dix, coût, résistance).
Les antibiotiques ne sont justifiés qu'en cas d'immunité compromise.
- Etablir quand le patient doit se représenter
Notamment
 1. ■ en cas de dégradation de l'état général
 - si les quintes de toux, la fièvre ou la dyspnée augmentent
 - en cas de nouvelles plaintes telles que la dyspnée, la fièvre, la douleur thoracique ou l'expectoration de sang
 - si la fièvre persiste au delà d'une semaine
 - s'il n'y a pas de diminution notable des plaintes après une semaine.

↳ Avec une attention particulière pour une infection des voies respiratoires (potentiellement) à pronostic vital.
 2. ■ si les quintes de toux durent plus de 30 jours
 - si la production éventuelle d'expectorations persiste plus de deux semaines.

↳ Diagnostic plus probable dans ce cas: asthme, autre affection chronique telle que BPCO, écoulement post-nasal ou reflux gastro-oesophagien.
Nouvelle évaluation de l'affection en suivant les étapes décrites ci-dessus.
- Traitement symptomatique par antitussif ou expectorant.

Patient avec (suspicion clinique de) pneumonie

Pour le diagnostic de la PAC, une radiographie des poumons est nécessaire. Le médecin décide si cet examen est nécessaire.

Le patient peut-il être soigné sans référer?

Critères

1. Le patient a-t-il plus de 50 ans?
2. Antécédents d'insuffisance cardiaque, de maladie du foie, de néphropathie, d'affection cérébrovasculaire ou de cancer?
3. Signes de status mental modifié, respiration $\geq 30/\text{min.}$, pression systolique $< 90 \text{ mm Hg}$, température $< 35^\circ\text{C}$ ou $\geq 40^\circ\text{C}$, pouls $\geq 125 \text{ pulsations/min.}$?

Non → Hospitalisation

L'absence des critères énumérés ci-dessus signifie un risque faible de décès ou de complications. Le patient présentant un risque faible ou ne présentant que celui d'être âgé de plus de 50 ans (éventuellement sans examen technique complémentaire) peut être traité sans référer. Chez tous les autres patients, un examen complémentaire est nécessaire pour évaluer le risque.

Attention aux contre-indications médicales et psychosociales pour un traitement sans référer.

Oui ↓

Traitement

Amoxicilline 3 g par jour, administré en trois doses au moins, pendant 8 jours.

En cas d'allergie démontrée à la pénicilline IgE-médiée*: moxifloxacine 1 x 400 mg.

* Oedème de Quincke, choc anaphylactique, urticaire massif à émergence rapide

Suivi du traitement

- Informer le patient de la nécessité de prendre la dose complète d'antibiotique jusqu'à la fin du traitement.
- Evaluer le patient tous les jours (éventuellement par téléphone, selon la gravité de la maladie).
- Au jour trois, nouvelle prise de sang (CRP, leucocytes) si patient non à faible risque.
- Si amélioration insuffisante après 48 à 72 h:
 - demander l'avis d'un pneumologue pour les patients gravement malades
 - prescrire une bi-thérapie pour les patients non gravement malades (traitement initial + un néomacrolide).
- Lors de chaque contact, il convient d'envisager si le traitement peut être poursuivi à domicile: anamnèse rigoureuse des douleurs et à nouveau un examen clinique (inspection, auscultation, température et mesure de la pression artérielle).
- La recommandation pour le suivi des infections des voies respiratoires inférieures (en l'absence de pneumonie) est d'application (voir au verso).
- Une nouvelle radiographie du poumon n'est pas recommandée en routine, sauf
 - s'il n'y a pas d'infiltrat sur le premier cliché, s'il y a persistance de la suspicion d'une pneumonie
 - après la guérison clinique chez les fumeurs de plus de 40 ans et en cas d'une récurrence de pneumonie.

Prévention

- La vaccination contre le pneumocoque est recommandée aux patients qui ont subi une splénectomie, et non aux personnes âgées.
- La vaccination contre l'influenza est recommandée pour les groupes à risque (65+, affection cardiaque chronique ou affection pulmonaire).