

PRINCIPES GÉNÉRAUX

Les infections respiratoires aigües regroupent les bronchites aigües et les pneumopathies. Selon le HCSP (Haut Conseil de Santé Publique), l'incidence médiane serait de 1 épisode pour 1 000 jours-résidents, soit 30 fois plus élevée que celle observée dans la population générale.¹

ÉLÉMENTS CLÉS

- Dans un contexte associant pharyngite et rhinopharyngite, évoquer en priorité une atteinte virale, dont la prise en charge ne nécessite pas d'antibiothérapie.
- La bronchite aigüe, d'origine virale, ne nécessite pas d'antibiothérapie sauf en cas de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) dont la prise en charge est celle d'une exacerbation de BPCO. Il est donc primordial de repérer les patients atteints de BPCO.
- Le traitement d'une pneumopathie repose sur une antibiothérapie adaptée.
- Toujours réévaluer une antibiothérapie à 48-72 heures de son instauration.
- Ne pas prescrire de fluoroquinolones si le patient en a reçu durant les 6 derniers mois.
- Devant une toux prolongée, évoquer soit un traitement par IEC soit une coqueluche.
- Toute survenue d'au moins 3 cas d'infections respiratoires aigües (IRA) dans un délai de 4 jours doit faire l'objet d'un signalement auprès de l'ARS². Toute survenue d'épidémie d'IRA nécessite de réaliser un (des) TDR (Test de Diagnostic Rapide) de grippe.
- La prévention vaccinale contre la grippe, le pneumocoque et, pour le personnel, contre la coqueluche, est recommandée, associée à la mise en place de précautions d'hygiène standard.

Une hospitalisation est recommandée³ :

- à l'apparition de signes cliniques de gravité⁴ (*altération de la conscience, PAS < 90 mmHg, FC > 120/min, FR > 30/min, température < 35°C ou > 40°C, néoplasie associée, pneumopathie inhalation ou sur obstacle trachéobronchique*),
- en cas de survenue de complications, d'aggravation clinique ou de comorbidités associées,
- si les soins requis et surveillance pluriquotidienne ne peuvent être assurés au sein de l'établissement.

A noter que le score CRB 65 permet d'évaluer les patients qui nécessiteraient une hospitalisation.

CLINIQUE ET DIAGNOSTIC

La distinction entre une pneumopathie et une bronchite aigüe est souvent difficile.

BRONCHITE AIGÜE

Une bronchite aigüe se caractérise généralement par la survenue d'une toux sèche ou productive, une fièvre (température > 38°C) est parfois présente. Pas d'examen complémentaire sauf doute avec une pneumopathie (radiographie thoracique [RxT]).

➔ **Traitemen**t : pas d'indication à une antibiothérapie mais instaurer un traitement symptomatique uniquement.

En cas de doute, si la clinique ne permet pas de différencier une bronchite d'une pneumopathie ou que la RxT ne peut être réalisée, possibilité d'instaurer une antibiothérapie (Amoxicilline).

EXACERBATION DE BPCO

Suspecter une exacerbation de BPCO, en cas de majoration d'une dyspnée, d'une toux, du volume ou purulence des expectorations.

- la survenue d'une fièvre est inconstante,
- la réalisation d'un ECBC n'est pas recommandée,
- réaliser une radiographie pulmonaire en cas de doute avec une pneumopathie.

➔ **Traitements :** **antibiothérapie⁴** (cf tableau) + **traitement symptomatique** (broncho-dilatateurs, une oxygénothérapie, une corticothérapie de courte durée par voie générale peut être discutée en cas de bronchospasme, kinésithérapie respiratoire).

| | | |
|---|--|---|
| Absence de dyspnée Ou VEMS > 50% | Pas d'antibiothérapie (ATB) | |
| Dyspnée d'effort Ou VEMS < 50% | ATB si expectorations purulentes verdâtres | En 1 ^{ère} intention : Amoxicilline ou Pristinamycine |
| Dyspnée au moindre effort ou de repos Ou VEMS < 30% | ATB systématique | Amoxicilline - acide clavulanique ou C3G injectable (Céfotaxime ou Ceftriaxone IV/IM ⁵) ou Lévofoxacine |

PNEUMOPATHIE

La pneumopathie chez le sujet âgé se caractérise par la survenue¹ :

- d'au moins un signe d'atteinte respiratoire basse : toux, dyspnée, douleur thoracique, sifflement, signes auscultatoires récents diffus ou localisés,
- et au moins un signe d'infection : fièvre, sueurs, céphalées, arthralgies.

Les signes les plus spécifiques sont la polypnée et la présence d'un foyer à l'auscultation

- Syndrome infectieux biologique : ↑ CRP, ↑ leucocytes
- La réalisation d'une radiographie thoracique est conseillée (une TDM est parfois nécessaire en cas de cliché ininterprétable ou de complications).
- L'ECBC a peu d'intérêt. Les prélèvements naso-pharyngés sont parfois utiles (détection par PCR de virus ou mycoplasmes).
- Évaluer la nécessité d'une hospitalisation

➔ **Le traitement associé :**

- Une antibiothérapie d'une durée de 7 à 14 jours :
 - Amoxicilline-acide clavulanique OU C3G injectable (Ceftriaxone IV/IM⁵)
 - Si échec à 48h, ajouter un macrolide ou substituer par une fluoroquinolone active sur le pneumocoque (Lévofoxacine)
- Et un traitement symptomatique (bronchodilatateurs, oxygène, hydratation, etc.)

CAS PARTICULIER DE LA PNEUMOPATHIE D'INHALATION

Suspecter une pneumopathie d'inhalation en cas de troubles de la déglutition ou d'un foyer de crépitants en base droite.

- Utiliser en 1^{ère} intention l'Amoxicilline-acide clavulanique ou une association C3G injectable (Ceftriaxone IV/IM⁵) et imidazolé⁶.
- Évaluer la nécessité d'une hospitalisation

SOURCES DOCUMENTAIRES

¹ Conduite à tenir devant une ou plusieurs infections respiratoires aigües dans les collectivités de personnes âgées, juillet 2012, HCSP

² Signalement des épisodes de cas groupés d'infection respiratoire aiguë (IRA) dans les établissements médico-sociaux (EMS). [Guide pour les établissements](#), juin 2023, Santé publique France

³ Les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, octobre 2007, Direction Générale de la Santé, Direction Générale de l'Action Sociale, Société Française de Gériatrie et Gérontologie

⁴ Mise au point : Antibiothérapie par voie générale dans les infections respiratoires basses de l'adulte, pneumonie aigue communautaires, exacerbations de bronchopneumopathie chronique obstructive, juillet 2010, Assaps, SPILF, SPLF

⁵[https://ansm.sante.fr/S-informer/Informations-de-securite-Letters-aux-professionnels-de-sante/Ceftriaxone-Rocephine-R-et-generiques-Usage-non-conforme-par-voie-sous-cutanee-Lettre-aux-professionnels-de-sante](https://ansm.sante.fr/S-informer/Informations-de-securite-Lettres-aux-professionnels-de-sante/Ceftriaxone-Rocephine-R-et-generiques-Usage-non-conforme-par-voie-sous-cutanee-Lettre-aux-professionnels-de-sante) Ceftriaxone (Rocéphine® et génériques) - Usage non conforme par voie sous-cutanée - Lettre aux professionnels de santé