



**Etats infectieux graves du poumon  
Pneumopathies communautaires de l'adulte**

E. Roupie

Adresse : Département d'Accueil et de Traitement des Urgences,

CHU Côte de Nacre – 14010- Caen

Tel : 02-31-06-48-39

e-mail : [roupie-e@chu-caen.fr](mailto:roupie-e@chu-caen.fr)

**Introduction**

Du fait de leur gravité immédiate et de leur mortalité, les pneumopathies communautaires les plus sévères doivent bénéficier d'une prise en charge et d'un traitement immédiats, comme tout sepsis sévère arrivant aux urgences.

D'une part, ces pneumopathies entrent dans le cadre de l'obligation de la détection des sepsis sévères aux urgences. D'autre part, la conférence de consensus de Mars 2006, préconise l'utilisation de scores pour l'orientation des patients. Les pneumopathies qui nous intéressent dans ce chapitre ont un score de Fine supérieur ou égal à 3.

**I°) Détection et prise en charge des sepsis sévères aux urgences**

De nombreuses études ont démontré le lien entre la précocité de la prise en charge et l'amélioration du pronostic dans le sepsis. Comparant une prise en charge classique à une stratégie agressive dès l'admission aux urgences, un travail montre une amélioration très significative de la mortalité de 47 à 30 % à J28 . La stratégie visait à une reconnaissance rapide du sepsis et à une prise en charge guidée par des objectifs thérapeutiques prédéfinis dont le but était l'ajustement des valeurs de pré et post charge, ainsi que de la contractilité myocardique. Certains auteurs vont désormais jusqu'à comparer la prise en charge du sepsis à celle des syndromes coronariens aigus dans une même obligation de délai rapide de reconnaissance et de prise en charge avec la notion de « golden hour » et de « silver day » (dont la traduction se passe de commentaire !).

La prise en charge rapide et «agressive» des sepsis sévères et états de choc apparaît ainsi fondamentale pour l'amélioration de leur pronostic . Partant de cette évidence, la reconnaissance, et la prise en charge, de ces syndromes se doit d'être d'autant plus précoce aux urgences que le délai moyen d'obtention d'un lit de réanimation a été évalué à près de deux heures dans une étude spécifiquement dédiée au sepsis , ce délai pouvant même être très supérieur dans d'autres études .

Le groupe transversal sepsis, réunissant les différentes sociétés savantes impliquées dans le sepsis, a édité des recommandations .

En résumé, ces recommandations demande à ce que les patients à risque de sepsis sévère soient détectés immédiatement. Parmi ceux-ci, le groupe sepsis définit les patients à risque de sepsis sévère comme suit :

- Tout patient suspect d'une pathologie infectieuse doit, dès son admission, être considéré comme à risque élevé d'évolution vers un sepsis sévère devant l'existence d'au moins deux des signes suivants, facilement reconnaissables cliniquement dès l'admission .

- Température >38°C ou < 36°C
- Polypnée >30/mn



- Tachycardie > 120/mn,
  - Pression artérielle systolique < 110 mm Hg
- Ces signes sont d'autant plus importants à prendre en considération que l'infection - apparaît d'origine intra-abdominale, pulmonaire ou qu'il existe d'emblée des signes directs d'infection graves tels un purpura, des lésions nécrotico-bulleuses de fasciite nécrosante, ...
- d'emblée ou secondairement recueillis, l'existence d'une thrombopénie < 150000, d'une natrémie > 145 meq/l, et/ou d'une bilirubine > 30 micromol /L permettent de renforcer l'estimation du risque d'aggravation. La présence d'au moins 3, 4 ou 5 de ces éléments augment le risque d'évolution vers un sepsis sévère de 15 à 20 et plus de 30 %.
- Devant la mise en évidence de ces signes, les patients doivent être aussitôt signalés au médecin référent de l'accueil, comme nécessitant une évaluation et une prise en charge immédiate, (classé en priorité 1), et adressé dans le secteur de réanimation du service d'urgence (SAUV), le réanimateur étant prévenu immédiatement en cas de signe de gravité d'emblée.

Le conditionnement immédiat du patient répond à 3 objectifs :

- Le recueil des valeurs de : TA, scope, saturométrie
- Le bilan étiologique : hémocultures, radiographie pulmonaire, urines, autres points d'appel, anamnèse infectieuse et recherche d'un foyer patent...
- Le bilan para clinique à la recherche de défaillances organiques associées : NFS-plaquettes, TP, ionogramme sanguin, bilirubine, gaz du sang avec lactates, ECG

Compte tenu des nécessités de prise en charge rapide, et des délais d'obtention d'un lit de réanimation, le groupe transversal Sepsis a établi ses recommandations en tenant compte de trois délais : les premières 90 minutes après l'arrivée aux urgences, pendant les six premières heures et enfin pendant les premières 24H00.

La partie initiale de la prise en charge incombe aux urgentistes, la deuxième étant, autant que faire se peut, initiée aux urgences et poursuivie en réanimation. Le déroulement théorique de ces étapes est représentée sur la figure 1. Comme on le voit, la partie initiale comprend la reconnaissance des patients à risque et, très rapidement, leur évaluation qui conditionnera leur prise en charge. La figure 2 montre un algorithme de la prise en charge au cours de ces 90 premières minutes.

Enfin, la figure 3 montre l'algorithme de prise en charge de la phase secondaire pour les 6 heures suivantes. Cette phase secondaire de la prise en charge du sepsis sévère n'est plus du domaine exclusif des urgentistes mais implique une collaboration étroite avec les réanimateurs. Les objectifs retenus pour ces 6 premières heures et les 24H00 suivantes sont représentés dans le tableau 1.

Comme on le voit, les pneumopathies appartiennent aux sepsis à risque de sepsis sévère et doivent être pris en charge de cette façon.

## II°) Conférence de consensus

Compte-tenu de sa nécessaire diffusion dans les services d'urgences, cette conférence de consensus sera présentée lors de la présentation orale, mais ne fera pas ici l'objet d'une description exhaustive. En résumé, la conférence insiste sur la nécessaire classification des pneumopathies communautaires par des scores pour, en tout premier lieu, éliminer la nécessité de passage aux urgences et/ou les hospitalisations incluses.

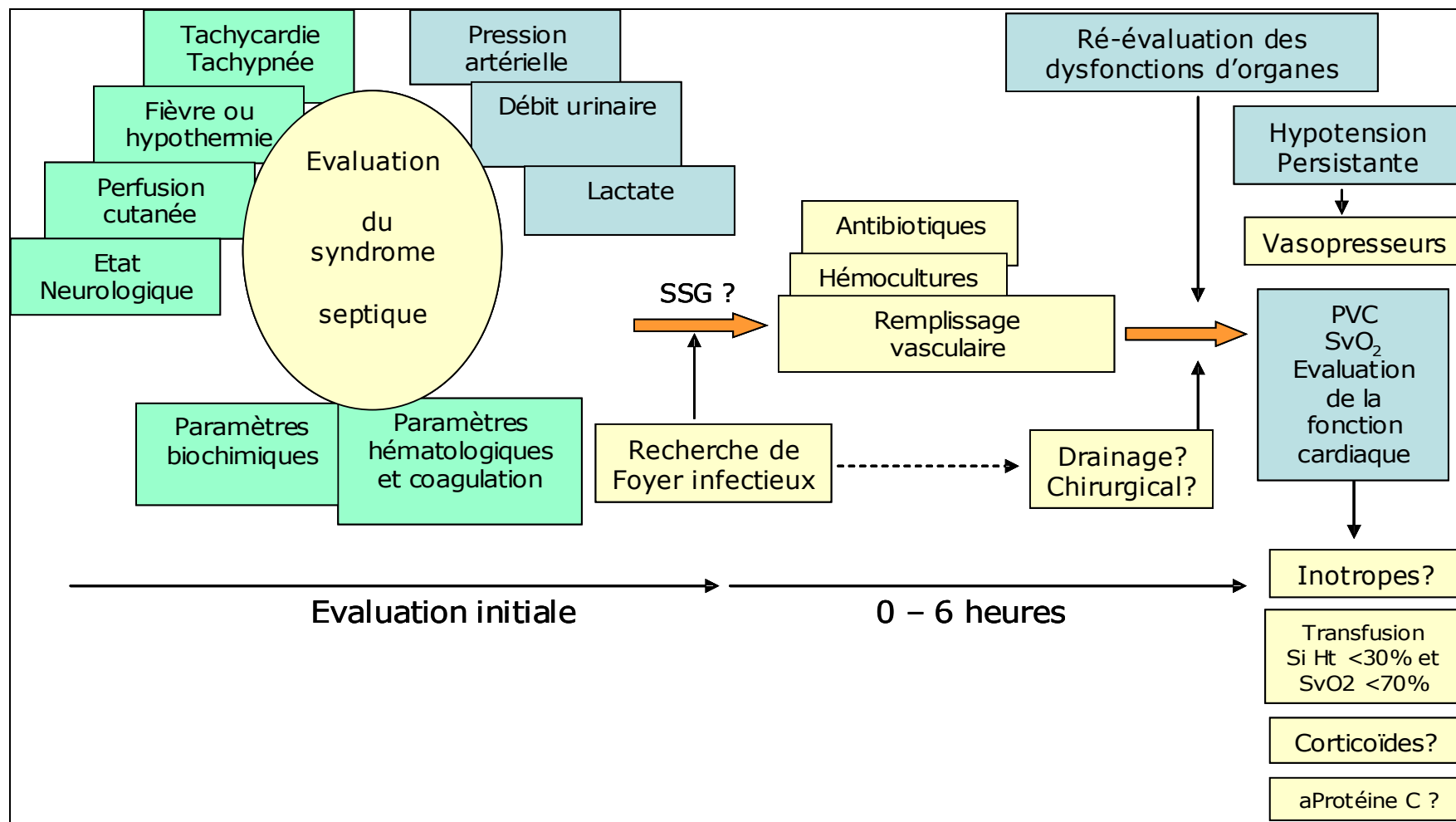


Notons également que celle-ci, rappelant la classification de Fine, considère qu'un score supérieur à 5 doit être orienté vers la réanimation. L'antibiothérapie est précisée de façon autonome lorsque le patient entre dans les pneumopathies avec critère de gravité.

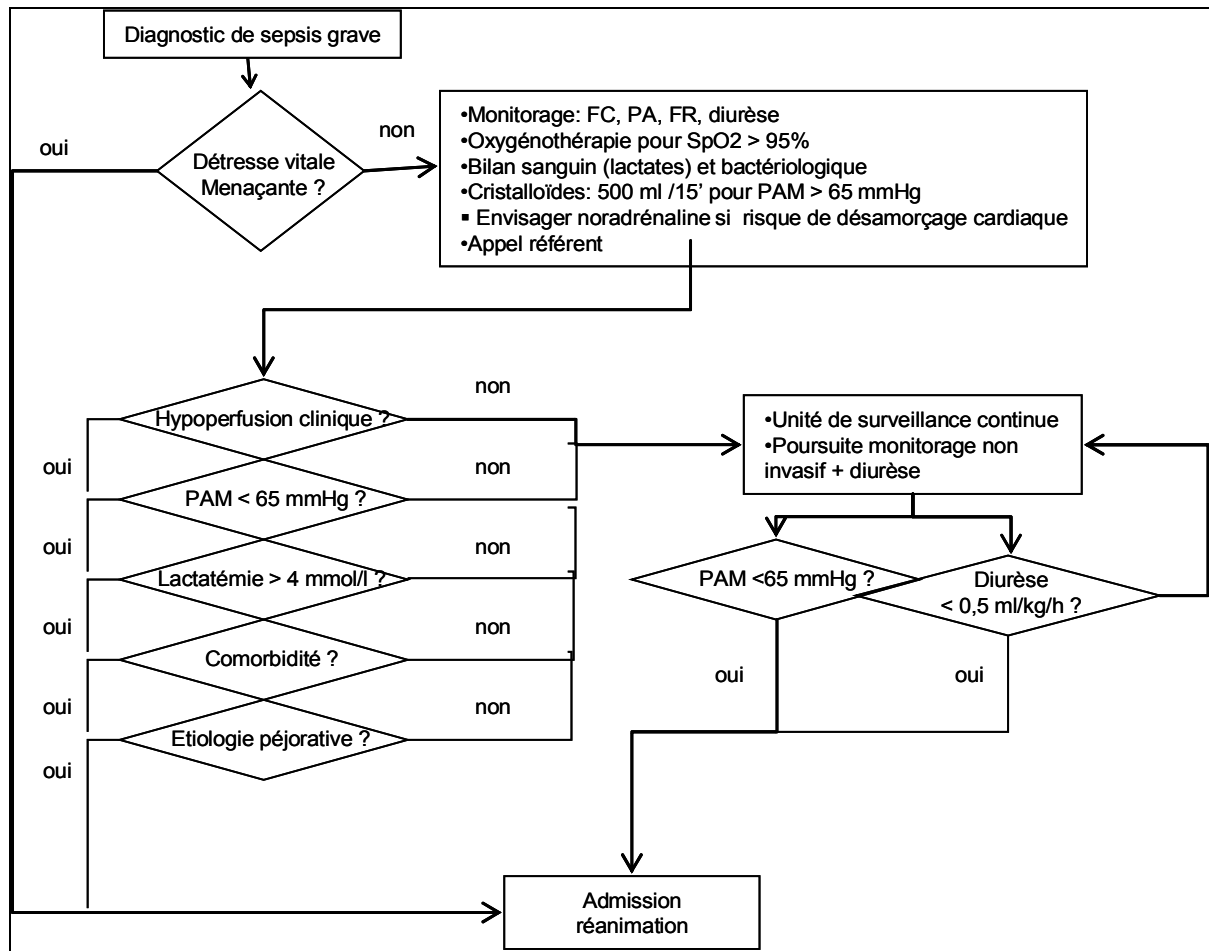
### **Conclusion**

Les pneumopathies communautaires aiguës de l'adulte appartiennent aux pathologies infectieuses à risque de sepsis sévère. L'utilisation de critères cliniques et/ou paracliniques au sein d'un score, tel que celui de Fine, permet une orientation objective de ces patients et une détection objective des cas nécessitant la réanimation.

**Figure1 : Démarche diagnostique et thérapeutique initiale devant un syndrome septique.**



**Figure 2 : Algorithme de prise en charge initiale (90 premières minutes)**



**Figure 3 : Prise en charge de la phase secondaire (6 heures suivantes)**

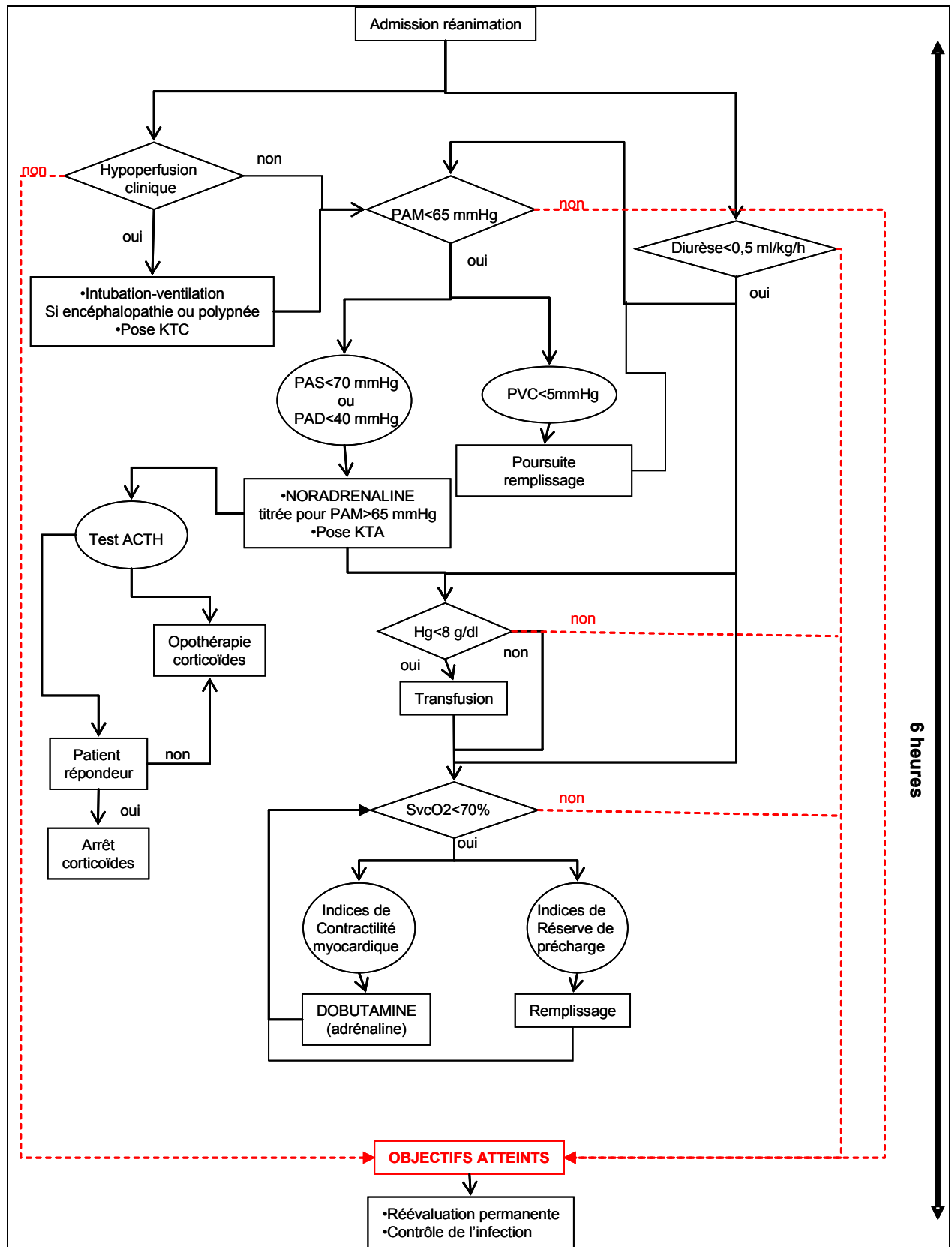


Tableau 1 - Les objectifs thérapeutiques de la « Campagne survivre au sepsis »  
(*Surviving Sepsis Campaign*), d'après ref

### **A - Objectifs pour les six premières heures**

- 
- 1) Mesurer la concentration artérielle de lactate
  - 2) Prélever des hémocultures avant l'administration des antibiotiques
  - 3) Prescrire dans les 3 heures une antibiothérapie probabiliste à large spectre
  - 4) En cas d'hypotension (PAS < 90 mmHg ou PAM < 70mmHg) ou d'hyperlactatémie (lactatémie > 4 mmol/l) :
    - débuter une expansion volémique avec 20-40 ml de cristalloïde (ou l'équivalent de colloïde) par kg de poids corporel estimé.
    - Utiliser des vasopresseurs pour maintenir la PAM  $\geq$  65 mmHg, si l'hypotension persiste malgré l'expansion volémique initiale.
  - 5) En cas d'hypotension ou d'hyperlactatémie (a > 4 mmol/l) persistantes, mesurer la PVC et la ScvO<sub>2</sub> ou la SvO<sub>2</sub>, et:
    - maintenir la PVC entre 8 et 12 mmHg.
    - Envisager un traitement inotrope positif (et/ou une transfusion par concentrés globulaires si l'hématocrite est  $\leq$  30 %) si la ScvO<sub>2</sub> est < 70 %, ou la SvO<sub>2</sub> < 65 %, et la PVC  $\geq$  8 mmHg.
- 

PAS : pression artérielle systolique; PAM : pression artérielle moyenne; PVC : pression veineuse centrale

ScvO<sub>2</sub> : saturation en oxygène de l'hémoglobine du sang veineux en veine cave supérieure; SvO<sub>2</sub> : saturation en oxygène de l'hémoglobine du sang veineux mêlé.

### **B – Objectifs pour les premières 24 heures**

- 
- 1) Administrer de faibles doses de corticoïdes en cas de choc septique nécessitant l'utilisation de vasopresseurs pendant plus de 6 heures, selon le protocole du service
  - 2) Maintenir la glycémie < 8,3 mmol/l
  - 3) Administrer de la drotrécogine alpha activée (Xigris®) en l'absence de contre-indication, selon le protocole du service
  - 4) Utiliser une stratégie de ventilation protectrice, maintenant une pression de plateau  $\leq$  30 cmH<sub>2</sub>O, chez les patients recevant une ventilation mécanique.
-