

Pneumonie de l'enfant

d'après le Docteur EPAUD, Hôpital Armand Trousseau, Paris

Les infections respiratoires basses demeurent un des motifs de consultation et d'hospitalisation les plus fréquents.

Les infections virales sont en nette augmentation par rapport aux infections bactériennes.

L'évolution de l'écologie bactérienne avec le développement de nouvelles résistances aux antibiotiques souligne l'intérêt du diagnostic et du traitement.

Epidémiologie :

Selon les études, les bactéries sont responsables d'environ la moitié des cas de pneumopathie de l'enfant. Le *Streptocoque pneumoniae*, le *Mycoplasme pneumoniae* et l'*Haemophilus influenzae* sont les bactéries les plus fréquentes. Le VRS, le rhinovirus et le virus para-influenzae sont les virus les plus courants. Dans près d'un quart des cas, la nature de la pneumonie reste indéterminée.

Il est difficile de distinguer une pneumopathie bactérienne d'une pneumopathie virale en dehors de la pneumopathie à *Pneumocoque* où la sémiologie est particulière. Elle survient brutalement, dans un contexte très fébrile, accompagnée d'une douleur thoracique, d'un foyer de crépitations, d'une altération de l'état général, voire d'un méningisme ou d'une otite. La tolérance est le plus souvent mauvaise.

La pneumopathie à *Mycoplasme* se distingue difficilement de la pneumopathie virale. En effet, dans les deux cas elles évoluent sur un mode épidémique, le début est progressif, l'intensité de la fièvre est variable, l'auscultation révèle des sibilants, l'examen clinique peut s'accompagner d'une éruption et la tolérance est le plus souvent correcte. Des signes rhino-pharyngés, une diarrhée et des myalgies accompagnent plus volontiers les pneumopathies virales.

L'hyperleucocytose et l'augmentation de la CRP sont plus souvent élevés au cours des pneumopathies à *Pneumocoque*, mais les résultats sont hétérogènes entre les études. Sur le plan radiologique, on observe une opacité alvéolaire au cours des pneumopathies à *Pneumocoque*, des opacités interstitielles et alvéolaires au cours des pneumopathies à *Mycoplasme* et des opacités interstitielles au cours des pneumopathies virales.

Les critères d'hospitalisation d'une pneumonie chez l'enfant sont le sepsis, l'âge inférieur à 6 mois, l'intolérance digestive, la diarrhée, la détresse respiratoire, la maladie sous-jacente, l'échec du traitement ambulatoire, et les problèmes sociaux.

Traitement des pneumonies :

Il n'y a pas d'étude justifiant l'efficacité des antibiotiques pour les pneumopathies à *Mycoplasme* (revue Cochrane 2005).

Une étude réalisée sur 59 enfants atteints d'une pneumopathie atypique a rapporté qu'un traitement par azithromycine pendant 3 jours permettait une amélioration plus importante de la radiographie à J14 et une durée de la toux plus courte qu'un traitement par érythromycine pendant 14 jours (1).

En revanche, le traitement de la pneumopathie à Pneumocoque est impératif et doit prendre en compte l'augmentation de la résistance aux antibiotiques et l'augmentation de la prévalence de la résistance au Pneumocoque chez les enfants de moins de 2 ans (2).

L'amoxicilline est efficace sur plus de 90 % des Pneumocoque, la durée habituelle est de 10 jours, mais un traitement moins long serait efficace (5 voire 3 jours) (3). Il est donc recommandé en cas de suspicion de pneumopathie à Pneumocoque (âge < 3 ans, début brutal, fièvre élevée, douleur thoracique, opacité systématisée) de débiter un traitement par amoxicilline puis en cas de non-amélioration au bout de 48 heures, remplacer l'amoxicilline par un macrolide.

Devant une suspicion de pneumopathie atypique (âge > 3 ans, début progressif, toux durable, signes extra-pulmonaires) il est recommandé de traiter par macrolides, puis de solliciter un avis spécialisé en cas de non-amélioration au bout de 3 jours.

Traitement des pleurésies.

En cas de pleurésie peu abondante avec une bonne tolérance clinique, la seule antibiothérapie est légitime.

En revanche, en cas de pleurésie abondante ou de mauvaise tolérance clinique, une ponction évacuatrice devra être réalisée. En présence de cloisons à l'échographie pleurale, un scanner précisera l'étendue et la nature des lésions, et une thoroscopie sera préférée à la ponction à l'aveugle.

Vaccination :

La vaccination par le vaccin pneumococcique HEPTAVALENT conjugué (Pn7) est fortement recommandée à partir de 2 mois pour les enfants :

- présentant une pathologie les exposant à un risque élevé d'infection invasive à Pneumocoque,
- gardés plus de 4 heures par semaine en compagnie de plus de deux enfants en dehors de la fratrie,
- ayant reçu moins de deux mois d'allaitement maternel,
- appartenant à une fratrie d'au moins 3 enfants.

La vaccination par le vaccin polysidique 23 VALENT (PN 23) est recommandée tous les 5 ans aux patients:

- splénectomisés,
- drépanocytaires homozygotes,
- atteints de syndrome néphrotique,
- insuffisants respiratoires,
- alcooliques avec une hépatopathie chronique,
- insuffisants cardiaques,

- ayant des antécédents d'infection pulmonaire ou invasive à Pneumocoque.

Conclusion :

Les pneumopathies de l'enfant sont fréquentes et se répartissent de manière homogène entre les causes virales et bactériennes. Les pneumopathies virales sont plus fréquentes chez l'enfant de moins de 2 ans. Un cliché de thorax, une NFS et une CRP seront réalisés devant un tableau clinique de pneumopathie bactérienne. Les deux germes à cibler sont le Pneumocoque et le Mycoplasme. Les formes graves ou résistantes à l'antibiothérapie initiale seront hospitalisées.

Le drainage des pleurésies n'est pas systématique et sera effectué en fonction du contexte clinique.

Bibliographie

1. Kogan R, Martinez MA, Rubilar L, Paya E, Quevedo I, Puppo H, et al. Comparative randomized trial of azithromycin versus erythromycin and amoxicillin for treatment of community-acquired pneumonia in children. *Pediatr Pulmonol* 2003;35(2):91-8.
2. Kaplan SL, Mason EO, Jr., Wald ER, Schutze GE, Bradley JS, Tan TQ, et al. Decrease of invasive pneumococcal infections in children among 8 children's hospitals in the United States after the introduction of the 7-valent pneumococcal conjugate vaccine. *Pediatrics* 2004;113(3 Pt 1):443-9.
3. Jacobs MR, Bajaksouzian S, Windau A, Good CE, Lin G, Pankuch GA, et al. Susceptibility of *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, and *Moraxella catarrhalis* to 17 oral antimicrobial agents based on pharmacodynamic parameters: 1998-2001 U S Surveillance Study. *Clin Lab Med* 2004;24(2):503-30.