

Diagnostic radio-clinique de la pneumonie

A. Abid¹, M. Ksiyer²

¹ 55, boulevard Zerktouni, Casablanca

² Résidence Soirem 2, Rue Mohammed Fidouzi, Quartier des Hôpitaux Casablanca

La pneumonie et ses complications constitue la cause majeure d'hospitalisation et de décès par infection respiratoire aigüe (IRA) chez les enfants âgés de moins de 5 ans. Les pneumonies à pneumocoques sont les pneumonies les plus graves, et par conséquent, celles que l'antibiothérapie doit viser en premier. Ainsi, devant tout enfant présentant des signes d'IRA, la principale préoccupation du médecin est de dépister précocement les signes cliniques de la pneumonie, de confirmer rapidement son diagnostic par la radiographie et d'orienter le patient vers l'une des trois prises en charge suivantes : (1) Pas de signes de pneumonie, traitement de soutien sans antibiothérapie (2) Signes de pneumonie simple et non compliquée, antibiothérapie orale à domicile suivie d'un contrôle obligatoire dans les 48 heures. (3) Signes de pneumonie grave et compliquée, antibiothérapie et soins intensifs en milieu hospitalier.

Pour un diagnostic clinique ou radio-clinique ? Chez tout nourrisson et tout enfant qui consulte en urgence pour de la fièvre, de la toux et/ou des difficultés respiratoires, le diagnostic positif de la pneumonie est souvent un diagnostic difficile à établir. Tant que cela est possible, ce diagnostic doit être un diagnostic radio-clinique, que ça soit à l'hôpital ou même en dehors de l'hôpital. En effet, la radiographie thoracique est le seul examen qui permet de confirmer le diagnostic de pneumonie, en amenant en plus de la précision quant à son aspect radiologique, l'orientation de sa prise en charge thérapeutique, la recherche d'une complication (pleurésie ?) et enfin d'écartier un éventuel diagnostic différentiel. Or dans notre contexte, le grand problème est celui d'avoir là où on consulte et juste après la consultation, des moyens techniques de faire ou de ne faire dans l'immédiat une radiographie du thorax. Si on ne peut disposer rapidement de ces moyens, le médecin doit se contenter, dans un premier temps, d'établir un diagnostic clinique et de démarrer immédiatement l'antibiothérapie à domicile, surtout s'il n'y a pas de critères cliniques de pneumonie grave et/ou compliquée. Par la suite, un contrôle clinique obligatoire sera fait entre la 24 et la 48^{ème} heure, et en fonction de cette évaluation, le médecin jugera si le patient doit continuer son antibiothérapie à domicile ou s'il doit être référé pour radiographie thoracique avec même une consultation spécialisée.

Quelles sont les circonstances cliniques d'appel vers la pneumonie ? Les signes cliniques de la pneumonie ne sont pas spécifiques et ils peuvent se voir dans d'autres IRA, voire d'autres pathologies respiratoires. La nature varie en fonction de l'âge de l'enfant, de l'agent étiologique et de la gravité de la pneumonie. Mais, quelque soit l'âge ou l'agent en cause, la fièvre, la toux et les difficultés respiratoires sont les signes d'appel les plus fréquemment retrouvés.

Une fièvre très élevée et associée à des frissons marque souvent le début brutal de la pneumonie franche aigüe à pneumocoque. Ce début peut être progressif et/ou précédé de quelques jours par des signes de virose respiratoire banale (rhume, syndrome pseudo-grippal), avant que n'apparaissent la fièvre et la polypnée (pneumonie virale, à mycoplasma pneumoniae ou même à pneumocoque). La fièvre peut être parfois absente (mycoplasma pneumoniae). Enfin, chez le jeune enfant, ce tableau peut ne se résumer qu'à une fièvre isolée inexpliquée.

Chez le nourrisson, la présence du refus de téter, de l'incapacité de boire, des vomissements, des geignements expiratoires ou une léthargie sont des signes de gravité. Chez le grand enfant en âge de parler, on peut retrouver en plus des douleurs thoraciques (atteinte pleurale associée), voire même des douleurs abdominales simulant un abdomen aigu.

Quels sont les signes cliniques ayant une valeur diagnostique pour la pneumonie ? Tout d'abord, l'examen clinique d'un nourrisson et d'un jeune enfant atteint d'IRA, doit se faire dans les meilleures conditions possibles : il doit être calme et totalement déshabillé, gardé par sa mère debout dans ses bras ou assis sur ses genoux afin d'éviter au maximum les cris et les pleurs. Cependant, déshabiller un bébé au cours de la consultation n'est pas toujours bien accepté par les parents, surtout en période hivernale. L'examen clinique commencera toujours par l'observation de l'état général et de l'état respiratoire de l'enfant (Polypnée? Dyspnée obstructive? Tirage?).

Le premier geste primordial : c'est la mesure de la fréquence respiratoire (FR) qui doit se faire sur la totalité d'une minute. L'accélération de la FR, par rapport au seuil de référence fixé pour l'âge, constitue le meilleur critère diagnostique de la pneumonie. Malheureusement, il reste l'outil diagnostique le moins valorisé et le moins utilisé au cours de la consultation médicale. La fiabilité diagnostique de la tachypnée est très élevée avec une grande sensibilité (71 à 83%) et une bonne spécificité (63 à 67%). L'absence de tachypnée a une bonne valeur prédictive négative pour éliminer une pneumonie. Les valeurs normales de référence de la FR varient selon l'âge de l'enfant.

La présence des signes de lutte est aussi un critère de diagnostic de la pneumonie, mais c'est surtout un élément de sa gravité, qui doit indiquer une prise en charge éventuelle en milieu hospitalier. Parmi ces signes de lutte, le tirage sous-costal constitue le signe le plus spécifique de la pneumonie et de ses complications.

Par contre, l'auscultation respiratoire qui est l'examen le plus valorisé par le médecin, reste celui qui possède le moins de sensibilité et de spécificité diagnostique. En réalité, les résultats de l'auscultation vont dépendre de la compétence et de l'expérience de l'examineur, ainsi que de la bonne volonté et de l'adhésion de l'enfant à se faire ausculter. La donnée auscultatoire la plus évocatrice de la pneumonie est la présence de râles crépitants localisés en foyer. Cependant, l'auscultation peut être tout à fait normale en cas de véritable pneumonie et la constatation des râles crépitants, surtout s'ils sont diffus, n'est pas synonyme de pneumonie. Enfin, la spécificité d'une auscultation bien pratiquée n'est que de 79% et sa sensibilité reste très faible autour de 46 %. Son apport n'a de valeur

diagnostique que quand elle est franchement positive. Si elle est négative, elle ne sera pas tenue en compte. Toutefois, elle a le mérite d'objectiver la présence ou l'absence de râles sibilants, surtout chez le nourrisson en cas de bronchiolite.

Les signes classiques du syndrome de consolidation (matité, augmentation des vibrations vocales et diminution du murmure vésiculaire) ne sont évidents et constatés qu'en cas de pneumonie franche aigue à pneumocoque du grand enfant.

Quel est l'apport de la radiographie du thorax ? Chez le nourrisson et le jeune enfant, la radiographie du thorax doit être réalisée dans des conditions techniques adéquates, un cliché de très grande qualité, une très bonne lecture et une certaine compétence/expérience dans l'interprétation de la part du radiologue et du pédiatre. Il ne faut pas hésiter à téléphoner et à se déplacer entre pédiatre et radiologue pour voir, revoir et discuter le cliché thoracique afin d'éviter au maximum des erreurs d'interprétation et des pièges diagnostiques. Le cliché doit être réalisé de face, en inspiration et en position debout si possible. Le cliché de profil ne se justifie qu'en deuxième intention. Dans tous les cas, la radiographie ne doit jamais retarder la mise en route de l'antibiothérapie de la pneumonie.

Plusieurs aspects radiologiques peuvent se voir et s'associer. Cependant, deux aspects radiologiques classiques sont à opposer :

- Le premier aspect est celui d'une opacité alvéolaire franche (bronchogramme aérien bien visible), systématisée à un lobe et bien limitée par une scissure (le plus souvent la petite scissure). Il est très évocateur de la pneumonie franche aigue à pneumocoque.
- Le deuxième aspect est celui d'une opacité inhomogène et non systématisée avec en plus une atteinte interstitielle et/ou bronchique. Il est plutôt en faveur d'une atteinte virale (quel que soit l'âge), d'un mycoplasma pneumoniae (à partir de l'âge de 5 ans), voire même celui d'un pneumocoque (quel que soit l'âge).

Parfois, l'atteinte radiologique peut prendre l'aspect d'une bronchopneumonie diffuse et bilatérale. L'opacité pneumonique peut être aussi associée d'emblée à un épanchement pleural qui est plus à type d'un épanchement inflammatoire réactionnel que d'un véritable empyème. L'opacité pneumonique peut avoir un aspect rétractile ou aussi s'abcéder avec en son sein une image claire ou un niveau liquide. Dans ces cas, il ne faut pas hésiter à approfondir les investigations à la recherche pathologie respiratoire sous-jacente (malformation, corps étranger, kyste hydatique, DDB)

Quelle est la place des marqueurs de l'inflammation ? La présence d'une hyperleucocytose à polynucléaires à la NFS et l'élévation de la CRP ne doivent pas être utilisés comme critères de diagnostic positif de la pneumonie, mais ils restent plutôt des critères pouvant contribuer à différencier entre pneumonie virale et bactérienne, en particulier à pneumocoque.

En conclusion, devant tout enfant présentant de la fièvre, de la toux et/ou des difficultés respiratoires, tous les médecins en consultation de première ligne doivent être capables d'établir le diagnostic clinique de pneumonie. Si cela est possible, il faut confirmer ce diagnostic par la radiographie thoracique et démarrer l'antibiothérapie en l'absence de

signes de gravité, sinon il faut se contenter pour cela du diagnostic de probabilité clinique.

La mesure de la FR et la recherche de tirage sous-costal constituent les principaux éléments du diagnostic de pneumonie et de sa gravité. Ces deux signes sont objectifs, mesurables et facilement reproductibles. La présence de ces deux signes est en faveur d'une pneumonie grave ; la présence de la tachypnée mais sans le tirage plaide pour une pneumonie simple et non compliqué ; leur absence peut faire écarter ce diagnostic.

Références

1. Abid A. Pneumonies communautaires et leurs complications. Rev Mar Mal Enf 2011 ; 27 : 48-57
2. Bouskraoui M. Les Pneumonies de l'enfant. Recommandations du groupe de travail de la Société Marocaine d'Infectiologie Pédiatrique et de Vaccinologie. Rev Mar Mal Enf 2014 ; 33 : 55-57
3. Palafox M., Guiscafé H., Reyes H. et al. Diagnostic value of tahypnoea in pneumonia defined radiologically. Arch Dis Child 2000 ; 82 :41-45
4. OMS. Révision de la classification et du traitement de la pneumonie de l'enfant au niveau des établissements de santé. Guide de référence rapide OMS 2014.