

## Traitement de la pneumonie communautaire de l'enfant

Pr. Gervais A.

*Service d'Accueil et d'Urgences Pédiatriques, Genève - Suisse*

*Vice-doyen en charge de la médecine humanitaire et internationale*

La pneumonie communautaire est une cause majeure de morbidité et de mortalité, spécialement chez l'enfant âgé de moins de 5 ans. L'incidence annuelle dans ce groupe d'âge est approximativement de 36 pour 1000 en Europe et en Amérique du Nord. Malgré la fréquence de cette infection, son étiologie reste difficile à déterminer en raison de la difficulté pour obtenir des échantillons pulmonaires et d'une clinique qui peine à distinguer une origine virale, bactérienne atypique ou typique. Et pourtant, un traitement ne peut être approprié que s'il cible un pathogène précis.

Pour affiner un traitement qui restera de toute évidence probabilistique, et éviter l'abus d'antibiotiques, plusieurs facteurs sont à considérer.

1) Le pathogène. Des études récentes, mettant en oeuvre des techniques sophistiquées, ont montré qu'environ 33% des pneumonies de l'enfant étaient causées par des virus (RSV, rhinovirus, influenza), 20 % par des bactéries et 35% de cause mixte (virus + bactérie), alors que dans 15% l'origine n'était pas trouvée. Parmi les bactéries le *Streptococcus pneumoniae* était largement prédominant et causait des infections sévères.

2) La radiologie. Une importante consolidation pulmonaire ainsi que la présence d'un épanchement pleural sont largement associés avec une pneumonie bactérienne

3) Les marqueurs inflammatoires. Bien qu'un chevauchement existe, de nombreuses évidences démontrent qu'une élévation des valeurs sériques de la protéine C réactive ou de la procalcitonine est significativement associée à une pneumonie bactérienne

4) L'âge de l'enfant. Si les virus sont largement prédominants dans la première année de vie, les pneumonies bactériennes ou mixtes deviennent majoritaires dès l'âge de 2 ans et celles dues à des bactéries atypiques (*Mycoplasma pneumoniae*) dès l'âge scolaire.

Ainsi, si plusieurs de ces facteurs sont réunis, il faudra considérer une pneumonie bactérienne et *S. pneumoniae* étant le germe le plus fréquent et le plus sévère, c'est contre lui qu'il faudra cibler l'antibiothérapie. Le traitement sera à base d'amoxicilline (50 -90 mg/kg/j q8h) par voie orale, la forme intra-veineuse étant réservée aux pneumonies compliquées. Aucune étude n'a montré d'avantage réel à débiter un traitement avec des céphalosporines de 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> génération. Si un enfant d'âge scolaire ne répond pas à ce traitement dans les 72heures, il faut considérer la possibilité d'un germe atypique et ajouter - ou remplacer l'amoxicilline par - un macrolide, après avoir exclu la présence d'un épanchement pleural.