

Pneumonie aiguë communautaire et imagerie de première intention

YANN-ERICK CLAESSENS¹, ALEXANDRA HOMBREUX¹

Points forts

- Le diagnostic de pneumonie aiguë communautaire repose sur une combinaison de signes cliniques et radiologiques.
- Cependant, la clinique et la radiographie de thorax sont souvent mises en défaut par leurs faibles performances diagnostiques.
- Le scanner thoracique possède de meilleures performances diagnostiques et permet un diagnostic plus précis.
- Le scanner thoracique est d'autant plus intéressant que le diagnostic est incertain.
- La performance diagnostique du scanner permet une meilleure qualité des soins.
- L'échographie clinique pleuropulmonaire semble intéressante pour le diagnostic de pneumonie aiguë communautaire mais requiert un fort niveau d'expertise.

Les pneumopathies aiguës communautaires (PAC), sont des infections microbiennes parenchymateuses profondes des voies respiratoires basses de diagnostic clinique difficile notamment quand il s'agit de les distinguer des

¹ Département de médecine d'urgence. Centre Hospitalier Princesse Grace. 1 avenue Pasteur. 98012 Monaco.

infections respiratoires de surface (bronchite aigüe), supposée virale et d'évolution favorable. Les PAC représentent l'un des motifs les plus fréquents de consultation médicale et de prescription d'antibiotiques. Le pronostic dépend de la rapidité d'introduction du traitement, idéalement dans les 4h à 8h. Un retard diagnostic entraîne inéluctablement un retard thérapeutique responsable de conséquences importantes.

Le diagnostic de PAC est difficile, du fait du caractère profond du parenchyme pulmonaire, de l'absence de spécificité des symptômes cliniques associés, de l'impossibilité de pratiquer des prélèvements microbiologiques de qualité en médecine ambulatoire, de la rareté du passage dans la circulation générale du microorganisme. Pour ces raisons, le diagnostic repose habituellement sur la confrontation de signes cliniques et de radiologiques permettant d'évoquer le diagnostic avec un certain niveau d'imprécision.

Le recours systématique à la radiographie thoracique est recommandé par les sociétés savantes afin d'objectiver l'atteinte du parenchyme pulmonaire sous la forme d'opacités parenchymateuses [1]. La présence d'opacités ne préjuge cependant ni du caractère microbien, ni de l'origine bactérienne. Cependant, les PAC se traduisent par des opacités de caractéristiques extrêmement diverses : si certains aspects, comme les opacités alvéolaires focalisées, sont habituellement visibles, d'autres, comme les opacités interstitielles, peuvent être méconnus ou mal interprétés [2]. Dans d'autres cas, l'opacité témoignant de l'atteinte pulmonaire se superpose avec une opacité en rapport avec un organe thoracique rendant son individualisation difficile voire impossible. Les risques d'erreur diagnostique radiologique sont donc très élevés [3]. Il apparaît donc que la radiographie thoracique, bien qu'érigée en gold standard du diagnostic de pneumopathie, ne répond pas aux exigences d'un examen de référence.

Les limites de la radiographie thoracique conduisent à s'interroger sur l'intérêt du scanner pulmonaire. Le scanner thoracique permet un diagnostic plus précis pour le diagnostic, positif ou négatif, le caractère uni- ou bilatéral des PAC [4]. Il permet de redresser le diagnostic ou le doute après réalisation d'une radiographie thoracique [5]. En effet, le scanner thoracique est d'autant plus intéressant que l'incertitude est grande [6]. Enfin, le scanner thoracique améliore la prise en charge. Si le scanner thoracique permet de préciser le diagnostic, en particulier chez les patients dont la radiographie de thorax est moins informative et la probabilité clinique plus incertaine, il permet surtout de modifier la prise en charge du patient à meilleur escient. Ainsi, la réalisation d'un scanner thoracique modifie l'attitude thérapeutique, incluant une antibiothérapie plus en adéquation avec les recommandations, et le site de traitement [7].

La littérature scientifique suggère la supériorité de l'échographie clinique pleuro-pulmonaire sur la radiographie de thorax et sa capacité à faire le diagnostic de lésions de faible taille ou dont la lecture est gênée par les superpositions [8]. Si des métaanalyses soutiennent cette idée, la qualité de l'interprétation dépend de la formation et la compétence des opérateurs [9].

Si la définition de PAC repose aujourd’hui sur une combinaison radio-clinique, l’imprécision diagnostique est importante avec le risque de délivrer une qualité des soins insuffisante. Le problème est plus aigu encore si l’on considère que, sur cette base diagnostique, sont réalisées les études qui demain dicteront les recommandations. Les outils à la disposition de l’urgentiste permettent aujourd’hui d’affiner le diagnostic de PAC. Si tous les patients suspects de PAC aux urgences ne pourront pas bénéficier d’un scanner thoracique, les résultats des études suggèrent une meilleure évaluation et une diffusion de l’utilisation de l’échographie clinique dans cette indication.

Références

1. 15e conférence de consensus en traitement anti-infectieux. Prise en charge des infections des voies respiratoires basses de l’adulte immunocompétent. http://www.sfm.org/documents/consensus/inf_respir_long2006.pdf
2. Vilar J, Domingo M, Soto C, Cogollos J. Radiology of bacterial pneumonia. *Eur J Radiol.* 2004;51:102-13.
3. Young M, Marrie T. Interobserver variability in the interpretation of chest roentgenograms of patients with possible pneumonia. *Arch Intern Med.* 1994;154:2729-32.
4. Syrjälä H, Broas M, Suramo I, Ojala A, Lähde S. High-resolution computed tomography for the diagnosis of community-acquired pneumonia. *Clin Infect Dis.* 1998;27:358-63.
5. Esayag Y, Nikitin I, Bar-Ziv J, Cytter R, Hadas-Halpern I, Zalut T, Yinnon AM. Diagnostic value of chest radiographs in bedridden patients suspected of having pneumonia. *Am J Med.* 2010;123:88.e1-5.
6. Pandharipande PV, Reisner AT, Binder WD, Zaheer A, Gunn ML, Linnau KF, Miller CM, Avery LL, Herring MS, Tramontano AC, Dowling EC, Abujudeh HH, Eisenberg JD, Halpern EF, Donelan K, Gazelle GS. CT in the Emergency Department: A Real-Time Study of Changes in Physician Decision Making. *Radiology.* 2016;278:812-21.
7. Claessens YE, Debray MP, Tubach F, Brun AL, Rammaert B, Hausfater P, Naccache JM, Ray P, Choquet C, Carette MF, Mayaud C, Leport C, Duval X. Early Chest Computed Tomography Scan to Assist Diagnosis and Guide Treatment Decision for Suspected Community-acquired Pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med.* 2015;192:974-82.
8. Bobbia X, Hansel N, Muller L, Claret PG, Moreau A, Genre Grandpierre R, Chenaitia H, Lefrant JY, de La Coussaye JE. Availability and practice of bedside ultrasonography in emergency rooms and prehospital setting: a French survey. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2014;33:e29-33.
9. Ye X, Xiao H, Chen B, Zhang S. Accuracy of Lung Ultrasonography versus Chest Radiography for the Diagnosis of Adult Community-Acquired Pneumonia: Review of the Literature and Meta-Analysis. *PLoS One.* 2015;10:e0130066.