

QU'EST-CE QUE LA PNEUMONIE?

La pneumonie est une infection des poumons causée par une bactérie, un virus ou un champignon. Cette maladie survient fréquemment dans les établissements de soins de longue durée (SLD) et constitue environ 15 à 50 % des infections dans ce milieu.

Les mécanismes de défense pulmonaire peuvent habituellement combattre les pathogènes, mais si ces derniers sont affaiblis ou les agents pathogènes sont puissants, les défenses sont vulnérables. Ce qui entraîne une infection. Les agents pathogènes peuvent se transmettre par une personne infectée (par exemple, à partir des sécrétions respiratoires). Les micro-organismes se trouvant déjà dans le nez et la bouche peuvent également causer une auto-infection. La pneumonie d'aspiration est provoquée par l'inhalation d'aliments, de liquides ou du contenu de l'estomac.

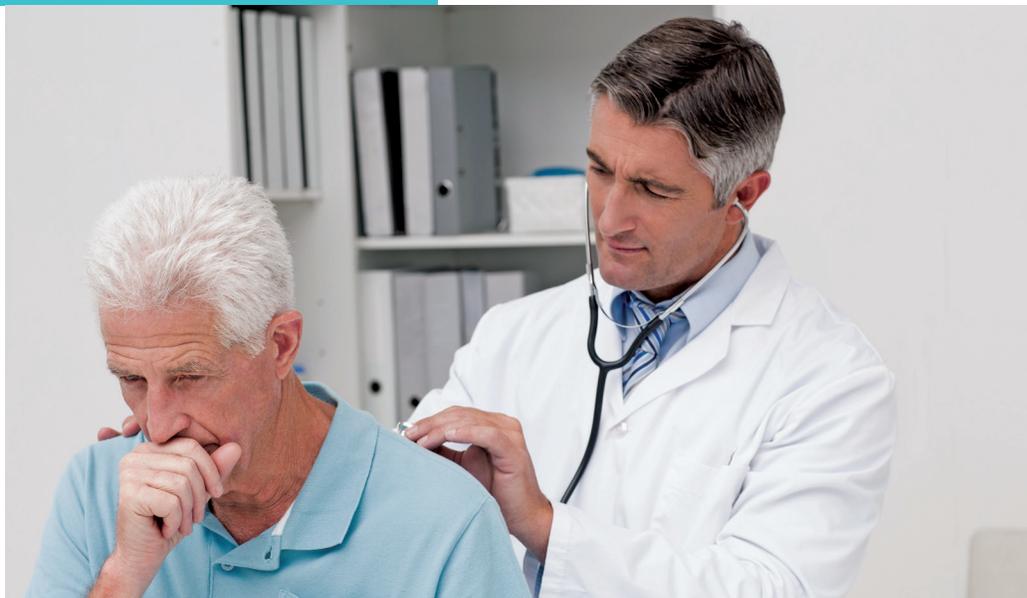
QUELS SONT LES FACTEURS DE RISQUE DE LA PNEUMONIE?

Les résidents en établissements SLD sont de six à dix fois plus susceptibles de contracter une pneumonie par rapport aux personnes âgées vivant dans la collectivité. Les patients suivants sont plus à risque de développer une pneumonie :

- La démence
- Les difficultés à avaler
- La MPOC
- Le tabagisme
- Certains médicaments dont les suivants : antiacides (p. ex., inhibiteurs de la pompe à protons) ou antipsychotiques

COMMENT SE PRÉSENTE LA PNEUMONIE PARMI LES RÉSIDENTS D'UN ÉTABLISSEMENT DE SOINS DE LONGUE DURÉE?

On devrait entreprendre une enquête concernant l'infection de résidents vivant dans un établissement sdl dans



les cas suivants : changement de l'état fonctionnel (confusion nouvelle ou accrue, chute, détérioration de la mobilité, consommation alimentaire réduite, manque de coopération avec le personnel) ou de l'apparition de la fièvre. Les résidents d'un établissement sdl présentent moins de signes et de symptômes «classiques» de la pneumonie. Cependant, la plupart d'entre eux éprouvent au moins un symptôme respiratoire (p. Ex., Apparition d'une toux ou une qui s'aggrave – voir tableau 1). La tachypnée (respiration rapide) facilite le dépistage de la pneumonie chez les résidents en établissements sdl. Une fréquence respiratoire ≥ 25 respirations par minute (comptée pendant 1 minute complète) est une bonne indication que les résidents en établissement sdl souffrent d'une pneumonie.

COMMENT LA PNEUMONIE EST-ELLE DIAGNOSTIQUÉE?

Dans les établissements SDL, la pneumonie est souvent diagnostiquée d'après les bases cliniques, en fonction des signes ou des symptômes, de l'évaluation physique et des signes vitaux (Tableau 1). La radiographie des poumons (CXR) demeure la règle d'or pour diagnostiquer la pneumonie. Selon les lignes directrices sur la pratique clinique en Alberta : Tout résident, dont les résultats cliniques laissent présumer qu'il

s'agit d'une pneumonie, doit recevoir une radiographie des poumons («CXR should be performed in any resident with clinical findings consistent with pneumonia»). Cependant, les établissements SDL ne disposent pas tous d'un appareil de radiographie pour réaliser ce test. Si la radiographie n'est pas possible, il a été suggéré que la présence d'une tachypnée (fréquence respiratoire ≥ 25 rpm) ainsi qu'un autre signe ou symptôme (voir Tableau 1) indiquerait un diagnostic probable de pneumonie.

Il est également utile d'évaluer la pneumonie à l'aide d'un oxymètre de pouls. Selon les lignes directrices relatives au contrôle des infections dans les établissements SDL, une oxymétrie du pouls doit être réalisée chez les résidents dont la fréquence respiratoire est ≥ 25 respirations par minute afin de déterminer la nécessité d'un transfert vers une unité de soins intensifs ou d'une oxygénothérapie. Lors d'un diagnostic de pneumonie, il faut tenir compte d'autres comorbidités telles que l'insuffisance cardiaque ou la MPOC. En présence de toux ou de fièvre chez un résident qui ne souffre pas de douleurs thoraciques ni de tachypnée, pensez à une infection virale des voies respiratoires (comme la grippe entre novembre et avril).

TABLEAU 1. ÉVALUATION D'UNE PNEUMONIE**Présence probable d'une pneumonie si :**Fréquence respiratoire \geq 25 respirations par minute (1 minute complète)**PLUS au moins 1 des symptômes suivants :**Fièvre (température \geq 37,8 °C ou augmentation de 1,1 °C par rapport à la valeur de base)

Apparition ou augmentation d'une toux grasse

Apparition d'une expectoration ou augmentation de sécrétion de mucus

Douleur thoracique pleuritique

Nouveaux résultats anormaux ou aggravation de ceux-ci après examen des poumons (p. ex., craquements, respiration sifflante)

Apparition de délire ou diminution de l'état de conscience

Dyspnée

Tachycardie

Apparition ou aggravation de l'hypoxémie

D'après la Nursing Home Acquired Pneumonia Checklist. Alberta Health Services 2015. Disponible en anglais seulement à : <http://www.dobugsneeddrugs.org/wp-content/uploads/nhap-checklist.pdf>**PRÉVENTION DE LA PNEUMONIE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE LONGUE DURÉE**

La transmission des infections respiratoires peut être restreinte en respectant les pratiques habituelles de prévention des infections. Le personnel d'établissements SDL, les résidents et les visiteurs doivent suivre les consignes de l'hygiène des mains. Comme autre mesure préventive, il est important de s'assurer que les résidents ont une bonne hygiène bucco-dentaire. Le personnel et les résidents doivent se faire vacciner contre la grippe. Le vaccin 23-valent contre le pneumocoque (Pneumovax®) doit être administré à tous les résidents afin de réduire le risque de contracter une pneumonie. Les dernières lignes directrices canadiennes recommandent l'utilisation du vaccin conjugué 13-valent (Pneumovax®) en plus de Pneumovax® chez tous les patients de 65 ans ou plus.

*Références disponibles sur demande.***TRANSFERT AUX SOINS INTENSIFS**

Il se peut que certains résidents doivent être transférés vers une unité de soins intensifs. Divers critères ont été proposés pour guider votre décision. Cette information est fournie à titre indicatif et ne doit pas remplacer le jugement du praticien. Vous devez envisager le transfert d'un patient aux soins intensifs si (1) l'objectif des soins est conforme à un transfert aux soins intensifs ET (2) si le résident répond à au moins un des critères suivants : en état de détresse respiratoire (fréquence respiratoire $>$ 40 respirations par minute), pouls $>$ 125 bpm, $spO_2 <$ 92 % avec supplément d'oxygène, $spO_2 <$ 90 % avec supplément d'oxygène en présence de MPOC, incapable de manger et de boire, perte de conscience, niveau d'acuité des soins ne pouvant être géré par l'établissement, paramètres hémodynamiques instables, état de santé qui se détériore rapidement.

TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE EN ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE LONGUE DURÉE

La plupart des résidents peuvent suivre un traitement antibiotique par voie orale (surligné au tableau 2). L'antibiothérapie doit être instaurée dès que possible en présence de signes et de symptômes de pneumonie (période idéale de 4 à 8 heures). Son instauration ne doit pas être retardée par l'attente des résultats de la radiographie. Lorsque vous choisissez un antibiotique, vous devez tenir compte de plusieurs facteurs concernant le résident, tels que la fonction rénale, la sévérité de la pneumonie, les allergies, l'échec récent d'un traitement antibiotique et capacité à avaler. La durée du traitement dépendra de l'état clinique du résident et des comorbidités qu'il présente. En général, la durée d'un traitement est de 7 à 14 jours. Il est possible de prescrire des traitements plus court (5 jours minimum) en fonction de l'état du résident et de l'antibiotique choisi. Parmi les autres mesures de soutien, notons l'oxygénothérapie si la saturation en oxygène (spO_2) est inférieure à 90 % et une bonne hydratation (1 L par 24 h pour remplacer les pertes liquidiennes). Il est important de surveiller de près les points suivants : état clinique, signes vitaux, apport alimentaire et liquidien et état mental.

TABLEAU 2. CHOIX D'ANTIBIOTIQUES RECOMMANDÉS - LIGNES DIRECTRICES CANADIENNES 2013 - ANTIINFECTIEUX POUR LE TRAITEMENT DES INFECTIONS ACQUISES DANS LA COLLECTIVITÉ

TRAITEMENTS DE PREMIÈRE INTENTION	UN DES INHIBITEURS DE LA BÊTA-LACTAMASE SUIVANTS:
	Amoxicilline 1 g TID
	Amoxicilline/Clavulanate 500 mg TID ou 875 mg BID
	Céfuroxime axétil 500 mg BID
	Cefprozil 500 mg BID
	EN ASSOCIATION AVEC L'UN DES ANTIBIOTIQUES SUIVANTS :
	• Clarithromycine 500 mg BID (ou 1 000 mg XL par jour)
	• Azithromycine 500 mg le premier jour, puis 250 mg par jour x 4 jours
	• Doxycycline 100 mg BID le premier jour, puis 100 mg par jour
	OU L'UN DES ANTIBIOTIQUES SUIVANTS :
• Lévofoxacine 750 mg par jour x 5 jours	
• Moxifloxacine 400 mg par jour	