



Pneumonie acquise en communauté chez l'enfant

Octobre 2009

Ce **guide clinique** est présenté à titre indicatif et ne remplace pas le jugement du praticien.

GÉNÉRALITÉS

VIRUS : pathogènes les plus fréquemment rencontrés au cours des 2 premières années de vie

Pathogènes impliqués selon l'âge de l'enfant ou la gravité de la maladie :

1 à 3 mois	1 à 24 mois	2 à 5 ans	6 à 18 ans	Tout âge
Syndrome de pneumonie afebrile : <ul style="list-style-type: none"> • <i>Chlamydia trachomatis</i> • Virus respiratoire syncytial et autres virus respiratoires • <i>Bordetella pertussis</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Virus respiratoire syncytial et autres virus respiratoires • <i>Streptococcus pneumoniae</i> • <i>Haemophilus influenzae</i> type b* • <i>Haemophilus influenzae</i> non typable • <i>Chlamydia trachomatis</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Virus respiratoires • <i>Streptococcus pneumoniae</i> • <i>Haemophilus influenzae</i> non typable • <i>Haemophilus influenzae</i> type b* • <i>Mycoplasma pneumoniae</i> • <i>Chlamydia pneumoniae</i>† 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mycoplasma pneumoniae</i> • <i>Streptococcus pneumoniae</i> • <i>Chlamydia pneumoniae</i>† • Virus influenza A ou B • Adénovirus et autres virus respiratoires 	Pneumonie grave nécessitant hospitalisation aux soins intensifs : <ul style="list-style-type: none"> • <i>Streptococcus pneumoniae</i> • <i>Staphylococcus aureus</i> • <i>Streptococcus pyogenes</i> (groupe A) • <i>Haemophilus influenzae</i> type b* • <i>Mycoplasma pneumoniae</i> • Adénovirus

* Rare chez l'enfant qui a reçu au moins 3 doses de vaccin contre l'*Haemophilus influenzae* de type b (Pediace1^{MC}).

† Anciennement *Chlamydia pneumoniae*.

DIAGNOSTIC

Les patients peuvent présenter les signes et symptômes suivants :

- Toux
- Fièvre
- Tachypnée qui se manifeste par :
 - ♦ > 60 respirations par minute si âge < 2 mois
 - ♦ > 50 respirations par minute si âge entre 2 et 12 mois
 - ♦ > 40 respirations par minute si âge entre 12 mois et 5 ans
 - ♦ > 20 respirations par minute si âge > 5 ans
- Tirage intercostal, sous-costal ou sus-sternal
- Présence de râles crépitants
- Diminution du murmure vésiculaire

Valeur prédictive positive plus élevée si plus d'un signe est présent

- En l'absence d'un ensemble de signes et symptômes décrits précédemment, le diagnostic de pneumonie est peu probable (valeur prédictive négative très élevée).
- **Une radiographie pulmonaire est recommandée** pour confirmer le diagnostic.

RÉFÉRENCES

Jadavji T, Law B, Lebel MH, et al. A practical guide for the diagnosis and treatment of pediatric pneumonia. *Can Med Assoc J.* 1997;156:5703-5711.
 Low DE, Kellner JD, Allen U, et al. Community-acquired pneumonia in children: a multidisciplinary consensus review. *Can J Infect Dis.* 2003;14 Suppl B:3B-11B.
 Vanderkooi OG, Low DE, Green K, et al. Predicting antimicrobial resistance in invasive pneumococcal infections. *Clin Infect Dis.* 2005 May 1;40(9):1288-97.
 Il est à noter que d'autres références ont été consultées.

PRINCIPES DE TRAITEMENT

• Le traitement initial est toujours empirique. Actuellement, aucun test ne permet d'identifier rapidement l'étiologie des pneumonies. Les suggestions thérapeutiques sont modulées par la probabilité d'un germe selon le contexte épidémiologique (ambulatoire ou hospitalier), la présence de facteurs de comorbidité ou la gravité de la pneumonie.

• Prévention :

- Éradication du tabagisme à la maison
- Vaccination : vaccin contre l'*Haemophilus influenzae* de type b (Pediacef^{MC}) ; vaccin conjugué contre le pneumocoque (Prevnar^{MC}, Synflorix^{MC})

• Mesures générales de support :

- Hydratation adéquate
- Antitussif non recommandé de routine
- Analgésique/antipyrétique si nécessaire
- Oxygénothérapie si hypoxémie

Indications potentielles d'hospitalisation

- Âge < 6 mois
- Enfant toxique ou léthargique
- Immunodéficience
- Détresse respiratoire importante
- Besoin en oxygène
- Maladie cardiaque ou pulmonaire sous-jacente
- Pneumonie compliquée
- Déshydratation, incapacité de s'alimenter
- Vomissements
- Non-réponse à une antibiothérapie orale
- Faible implication parentale pour assurer l'adhésion au traitement

• Facteurs de résistance du *Streptococcus pneumoniae* :

- Âge < 2 ans
- Prise d'antibiotiques < 3 mois
- Fréquentation de la garderie
- Hospitalisation < 3 mois

• En cas de fièvre persistant de 48 à 72 heures après le début du traitement ou de détérioration clinique : réévaluer le patient et rechercher les complications (empyème).

Traitement de la pneumonie acquise en communauté selon l'âge de l'enfant

Âge du patient	Traitement oral de 1 ^{re} intention*	Posologie maximale orale de 1 ^{re} intention	Traitement oral de 2 ^e intention*	Posologie maximale orale de 2 ^e intention
1 à 3 mois Syndrome de pneumonie afebrile	Clarithromycine (Biaxin ^{MC}) 15 mg/kg/jour ÷ BID x 10 jours Azithromycine [†] (Zithromax ^{MC}) 10 mg/kg DIE jour 1 puis 5 mg/kg/jour DIE x 4 jours	500 mg BID 500 mg DIE jour 1 puis 250 mg DIE x 4 jours	Hospitaliser les enfants fébriles ou hypoxiques	
4 mois à 4 ans	Amoxicilline [‡] 90 mg/kg/jour ÷ TID x 7 à 10 jours	1 500 mg BID	Amoxicilline-clavulanate de K (Clavulin ^{MC}) [§] 90 mg/kg/jour ÷ BID ou TID x 7 à 10 jours Clarithromycine (Biaxin ^{MC}) 15 mg/kg/jour ÷ BID x 7 à 10 jours Azithromycine [†] (Zithromax ^{MC}) 10 mg/kg DIE jour 1 puis 5 mg/kg/jour DIE x 4 jours Céfuroxime axétil (Ceftin ^{MC}) 30 mg/kg/jour ÷ BID x 7 à 10 jours	1 000 mg BID 500 mg BID 500 mg DIE jour 1 puis 250 mg DIE x 4 jours 500 mg BID
5 ans à 15 ans	Clarithromycine (Biaxin ^{MC}) 15 mg/kg/jour ÷ BID x 7 à 10 jours Azithromycine [†] (Zithromax ^{MC}) 10 mg/kg DIE jour 1 puis 5 mg/kg/jour DIE x 4 jours	500 mg BID 500 mg DIE jour 1 puis 250 mg DIE x 4 jours	Amoxicilline [‡] 90 mg/kg/jour ÷ TID x 7 à 10 jours Amoxicilline-clavulanate de K (Clavulin ^{MC}) [§] 90 mg/kg/jour ÷ BID ou TID x 7 à 10 jours Céfuroxime axétil (Ceftin ^{MC}) 30 mg/kg/jour ÷ BID x 7 à 10 jours	1 500 mg BID 1 000 mg BID 500 mg BID

* Les antibiotiques sont généralement inscrits par ordre alphabétique de dénomination commune. Une seule marque de commerce a été inscrite, bien que plusieurs fabricants puissent offrir les produits sous d'autres noms commerciaux.

† Une étude canadienne de cohorte prospective (Vanderkooi et al., 2005) a démontré un risque significativement plus bas d'émergence de résistance aux macrolides lors de l'utilisation de la clarithromycine (Biaxin^{MC}, Biaxin Bid^{MC}, Biaxin XL^{MC}) en comparaison avec l'azithromycine (Zithromax^{MC}).

‡ Une dose habituelle d'amoxicilline (50 mg/kg/jour) peut être envisagée chez l'enfant qui ne présente pas de facteurs de risque de résistance aux antibiotiques et qui a été vacciné contre le pneumocoque.

§ La formulation 7:1 (BID) du Clavulin^{MC} est préférée à cause de sa meilleure tolérance digestive. Certains cliniciens préfèrent utiliser une combinaison d'amoxicilline (45 mg/kg/jour) et d'amoxicilline-clavulanate de K (45 mg/kg/jour) afin de diminuer les effets secondaires digestifs.

Pneumonie acquise en communauté chez l'enfant

Ce guide a été élaboré en collaboration avec les ordres (CMQ, OPQ), fédérations (FMOQ, FMSQ) et associations de médecins et pharmaciens du Québec.

Conseil
du médicament

Québec

