

Quand hospitaliser une pneumopathie aigue

Les pneumopathies aiguës sont fréquentes en pratique de ville, l'incidence est estimée autour de 10 pour 1000 habitants, et la mortalité n'est pas négligeable (de 5 à 10% dans les cohortes rapportées). Elles sont soit traitées à domicile, soit hospitalisées, avec de grandes variations du taux d'hospitalisation selon les régions, suggérant qu'il n'y a pas de critères bien définis. Pour répondre à cette incertitude, plusieurs études ont cherché à définir les facteurs de gravité qui justifient le recours aux soins hospitaliers.

Un travail récent¹ fait le point de ces études et cherche à définir les facteurs pronostic et les critères décisionnels qui en résultent. Les données sont fondées sur une première étude rétrospective multicentrique de 14.199 patients hospitalisés, validée par une nouvelle étude sur 38.039 hospitalisés et par une étude prospective (PORT) réunissant 2.287 patients hospitalisés et non hospitalisés. Les critères prédictifs ont été définis en deux étapes. La première est strictement clinique, avec 6 facteurs de risque qui apparaissent associés avec un risque de mortalité: l'âge (plus de 50 ans), les maladies coexistants (cancer, insuffisance cardiaque, maladie rénale, hépatique ou cérébro-vasculaire), des troubles de conscience, un pouls >125, une TA systolique < 90 mm, une température <35° ou >40°. La seconde étape, paraclinique, identifie 6 examens prédictifs: l'urémie >0,30, la glycémie >2,50 gr, l'hématocrite <30%, la natrémie <130, la PaO₂ <60 mmHg, et un épanchement pleural à la radiographie. Ces critères affectés d'un coefficient permettent de définir 5 classes de risque. La mortalité était basse dans les classes I à III, de 0,1 à 2,8. Parmi la cohorte de patients traités à domicile, une hospitalisation secondaire a été nécessaire pour 5,1% des patients de la classe I et pour 20% de la classe IV. Dans les trois cohortes, les patients de la classe I étaient jeunes (âge moyen 37 ans) et n'avaient ni maladie coexistante ni aucune des anomalies citées à l'examen

clinique. Dans la classe II, le seul facteur de risque était l'âge (âge moyen 59 ans); dans la classe III l'âge moyen était plus élevé (72 ans) et la plupart avaient au moins une maladie coexistante, une anomalie de l'examen clinique ou des examens complémentaires. Les patients des classes IV et V étaient plus âgés (>75 ans) et avaient pratiquement toujours des anomalies dans deux ou trois des groupes de facteurs de risque.

Les auteurs notent l'intérêt de ces facteurs prédictifs définis au moment du premier contact avec le malade: ils donnent la possibilité d'assigner dès la phase clinique les patients à la classe I; ils permettent de proposer un traitement à domicile ou un abrègement de l'hospitalisation pour les patients des classes I, II et III. Une marge additionnelle de sécurité est proposée dans la cohorte PORT avec la vérification systématique de l'absence d'hypoxémie: une hospitalisation est conseillée si SaO₂ <90% et PaO₂ <60mm Hg. Avec une telle stratégie, l'hospitalisation a été réduite de 26%. Les auteurs font également remarquer que, en l'absence d'un essai randomisé, ces règles n'ont pas un niveau de preuve suffisant pour être diffusées sans restrictions, et leur application ne doit pas se substituer au jugement clinique concernant notamment d'autres facteurs médico-sociaux ou d'applicabilité qui pourraient rendre le traitement à domicile d'efficacité aléatoire.

Les limites de ces études nous semblent surtout liées à leurs provenances, issues de services hospitaliers d'urgence, en vue de la décision à prendre à ce niveau d'hospitaliser ou non. Des examens simples permettent ici d'obtenir rapidement, en une heure ou deux, les informations nécessaires à la décision.

En ville le jugement est avant tout clinique, basé sur l'âge, les pathologies associées et les signes de gravité ou de décompensation. L'étude nous précise dans ce domaine les signes actuellement validés, mais nous rappelle aussi l'importance du jugement clinique global. L'étape paraclinique pose plus de problèmes: les 12 heures nécessaires à sa réalisation, la difficulté d'obtenir en ville une oxymétrie, amènent à hospitaliser d'emblée les patients si de tels examens sont nécessaires, et cela se traduit le plus souvent, dans le contexte français actuel, par une hospitalisation complète. Un bilan hospitalier de quelques heures, une hospitalisation brève de 24 heures dans les cas limites sont proposés par les auteurs. Encore faut-il que l'hôpital soit organisé avec une unité d'hospitalisation qui permette ces passages brefs dans de bonnes conditions, et surtout qu'une bonne coordination entre médecine de ville et médecine hospitalière soit établie, dans les deux sens. Voilà qui devrait faire réfléchir ceux qui se sentent concernés par les réseaux ville-hôpital.

1- Fine M.J. et al. A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia. N. Engl. J. Med. 1997, 336, 4, 243-250

Numéro 48 du 6 février 1997

Ce journal faxé est diffusé exclusivement aux adhérents du Centre de Documentation de l'UNAFORMEC.
Cette diffusion n'est possible que grâce à votre participation financière.

Les articles cités peuvent être fournis (contre paiement des frais de reproduction et d'envoi)