

## Pneumopathie communautaire de l'adulte : évaluer la gravité

### Mots clés :

Pneumopathie infectieuse.  
[Score de gravité  
Pneumonia Severity score]

Les infections respiratoires basses aiguës (IRBA) sont l'un des plus fréquents motifs de consultation en médecine générale, avec une incidence dépassant 10 à 11 millions chaque année en France (*Bibliomed* 360). Parmi elles, largement dominées par les bronchites aiguës, l'incidence des pneumopathies infectieuses communautaires (PIC) est mal connue, sans doute moins de 10% de l'ensemble (800 000 cas par an en France, responsables selon des données anciennes du CREDES en 1992 de 6000 à 13000 décès annuels ?). La majorité de ces pneumopathies est traitée en ambulatoire. De nouveaux « scores » aidant à la décision, en évaluant la gravité de la maladie pour en arriver à une prise en charge optimale, ambulatoire ou hospitalière, ont été proposés<sup>1-3</sup>.

### 3 scores de sévérité des pneumopathies

Trois scores de sévérité des pneumopathies communautaires ont été évalués en milieu hospitalier<sup>3</sup>. Ils définissent un risque de mortalité. Le *Pneumonia Severity Index* (PSI) prend en compte la clinique, les comorbidités, des examens biologiques (dont la gazométrie) et la radiographie thoracique ; il ne semble pas utilisable en soins primaires. Le *CRB-65* qui prend en compte des critères cliniques est le plus adapté à la pratique de ville : présence des signes de confusion (C), rythme respiratoire (R) > 30/mn, pression artérielle (B) systolique < 90mmHg ou diastolique ≤ 60 mmHg, âge supérieur à 65 ans (65). L'utilisation du *CRB-65* est simple, chaque critère compte pour 1 point aboutissant à un score entre 0 et 4 qui évalue le risque de mortalité du patient : 0 = mortalité basse (1,2%) ; 1 ou 2 = mortalité intermédiaire (8,15%) ; 3 ou 4 = mortalité élevée (31%). Le *CR(U)B-65* reprend les critères cliniques du *CRB-65* plus un critère biologique l'urée sanguine (U) > 7mmol/l. Le *PSI* a la meilleure sensibilité et est plus adapté aux patients à faible risque. Le *C(U)RB-65* a la meilleure spécificité et est mieux adapté aux patients à risque élevé. Le *CRB-65* a une sensibilité et une spécificité proches du *C(U)RB-65*. Sa valeur prédictive négative est > 90% quel que soit le score. Sa valeur prédictive positive varie de 9,6% (score=1) à 31,3% (score=3)

### Quelle validité ?

Une étude multicentrique observationnelle prospective dans 14 réseaux de soins primaires et 13 pays européens<sup>4</sup> a été conduite pour évaluer la mise en œuvre et la validité du score *CRB-65* chez des patients ayant une infection des voies aériennes basses. Le score n'a pu être calculé que pour 12,6% des 2690 patients. Sur ces 339 patients 235 avaient un score = 0 ; 95 un score = 1 ; 9 un score = 2. Les auteurs n'ont pas trouvé de résultats concordants significatifs entre le score et les critères de jugement qui étaient l'hospitalisation (OR 3,12 ; 0,16-60,24), et une durée des symptômes > 3 semaines (OR 0,42 ; 0,04-4,19). Une analyse faite en attribuant un score = 0 aux dossiers non remplis montre une guérison plus rapide (RR 0,75 ; 0,64-0,88). Le manque de puissance de l'essai ne permet pas de tirer de conclusions sur l'utilité du *CRB-65* en soins primaires. Un score élevé (>1) est principalement lié à l'âge qui dans d'autres études a montré être prédicteur de décès et hospitalisations, mais il n'est pas possible de dire si l'âge seul peut être considéré comme prédicteur d'hospitalisation dans les 30 jours suivant le diagnostic indépendamment de comorbidités éventuellement associées (insuffisance cardiaque, diabète, hospitalisations précédentes, antibiothérapies récentes) : applicable chez des patients diabétiques âgés, ce n'est pas évalué chez des patients plus jeunes.

### Que conclure pour notre pratique ?

**Le score *CRB-65*, fondé sur la clinique peut être une aide à la décision**, mais son évaluation en ambulatoire sur des critères de morbi-mortalité reste à faire. La recommandation britannique conseille en s'appuyant sur le jugement clinique du médecin et le score *CRB-65* de traiter à domicile les patients ayant un score égal à 0, avec reconsultation en cas d'aggravation ou de non amélioration, et une évaluation hospitalière pour les autres, en particulier si le score est égal ou supérieur à 2. La recommandation française demande de réévaluer cliniquement le patient traité en ambulatoire après 72 heures.

**La décision repose sur un ensemble composite**, comme nous le disions en 2004 : aucun signe ou examen n'a de sensibilité suffisante pour faire le tri dans les différentes IRBA. Pour le praticien « de ville », ce sont les implications pronostiques, plus que le diagnostic, qui pèsent lourdement sur la décision.

### Références

- 1-Catherinot E, Bron C, Rivaud E, Couderc LJ. Infections respiratoires basses communautaires. In : La pneumologie fondée sur les preuves 2013. Société de pneumologie de langue française.
- 2-NICE. Pneumonia: Diagnosis and Management of Community and Hospital acquired Pneumonia in adults. December 2014.
- 3-Lim WS. Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study. *Thorax*. 2003;58:377-382.
- 4-Francis NA et al. Severity assessment for lower respiratory tract infections: potential use and validity of the *CRB-65* in primary care. *Prim Care Respir J* 2012;21(1):65-70.